ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ P. SEBILEAU M. LANNOIS

E. LOMBARD

COMPAGNIE FRANCAISE DES PEROXYDES PARIS - 17. Rue d'Athènes, 17 - PARIS

USAGE

INTERNE

TRAITEMENT

HOPOGAN MALADIES EKTOGAN

de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx

L'EKTOGAN-BOCQUILLON

Flacon-Poudreur et Pansements spéciaux — Exiger la marque et le nom "Bocquillon" PRIX SPÉCIAUX POUR HOPITAUX ET MAISONS DE SANTÉ

PHacie BOCQUILLON-LIMOUSIN

PARIS - 2 bis, rue Blanche, 2 bis - PARIS

CHIRURGIE ASEPTIQUE

Pansements J.-A. FAURE

26, Rue des Petits-Champs

PENGHAWAR VICARIO

Hémosta'aque végétal stérilisé en applications sur les points hémorragiques

ANESTHÉSIQUES **OBJETS DE PANSEMENTS**

(3/3/3/5/5/5/5/)/(3/5/5/5/5/5/5/5/3/3/3/5/5/5/5/

PHie VICARIO, 17, bould Haussmann, Paris (à l'angle de la rue du Helder)

Reconstituant général, Dépression Système nerveux, Neurasthánia.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

PRUNIER

NEUROSINE-SIROP NEUROSINE-GRANULÉE

CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

(Sulfosalicylate de Quinoléine pur

Anti-Rhumatismal Anti-Grippal Anti-Infectieux

BROMÉTHYLE FAURE

POUR ANESTHÉSIE DANS LES OPÉRATIONS SPÉCIALES

26, Rue des Petits-Champs

TUBERCULOSE, ANÉMIE, NEURASTHÈNIE. MALADIES de la CROISSANCE, etc.

Le Meilleur agent de la Médication Reconstituante par le Phosphore. Plus Efficace que l'Acide Phosphorique et ses dérivés.

PRIX : 4 fr. franco. - Pharmacie SWANN, 12, Rue de Castiglione, PARIS





MÉMOIRES ORIGINAUX

UNE ENQUÊTE COLLECTIVE INTERNATIONALE SUR L'OZÈNE

Par

LOMBARD, MAHU, SIEUR

Le dernier Congrès Laryngologique international a été saisi d'une proposition qui marque une étape dans les annales de la rhinologie.

Cette proposition, émanée d'Alexander (de Berlin) et adoptée par le Congrès, a pour effet de provoquer l'initiative des chercheurs du monde entier et de leur demander de grouper leurs efforts en vue d'élucider, s'il est possible de le faire, des questions sur lesquelles on discute depuis longtemps: Quelle est la nature de l'ozène? Fixer, d'après l'étude d'un grand nombre de documents, les points les plus essentiels de sa nosographie.

Cette affection (ozœna genuina, rhinite chronique atrophiante fétide de Fraenkel), connue dans ses grandes manifestations cliniques, n'a pas encore, quoi qu'on en ait dit, laissé pénétrer le mystère de son étiologie,

Nombreuses sont les théories qui, tour à tour délaissées et reprises, se sont efforcées de donner l'explication d'un ou de tous les symptômes, en s'appuyant sur une cause univoque ou sur un ensemble de conditions pathogéniques. Et de toutes ces théories, on ne peut nier qu'aucune ne contienne une part de vérité fondamentale.

La possibilité de retrouver la même affection chez plusieurs membres d'une même famille, chez la mère et chez l'enfant, et, par ailleurs, les observations non contestables tendant à établir son développement dans des collectivités réduites, chez des individus que ne rapproche pas le lien de l'hérédité, ces deux ordres primordiaux de faits, maintes fois signalés, et bien mis en lumière, ont permis d'étayer les deux hypothèses qui se partagent l'explication des caractères étiologiques et symptomatiques de l'affection:

1º L'ozène est une maladie familiale, transmissible par hérédité: sérieuse question qui, ajoutée à tant d'autres touchant les hérédités morbides, n'est pas de nature à simplifier la tâche du médecin et son action dans le milieu social;

2º L'ozène est une maladie infectieuse non spécifique, ou spécifique, et même contagieuse; autre problème dont les hygiénistes seront peut-être un jour fondés à attendre de nous les solutions.

On le voit, il ne s'agit pas seulement de se grouper et de mettre en commun les éléments de recherches infiniment désintéressées, dans le seul but d'illustrer un chapitre obscur de la pathologie; les intentions du Congrès International s'inspirent aussi de considérations d'un ordre moins élevé, mais plus directement utilitaire; et l'intérêt de l'œuvre proposée est loin d'en être diminué.

Qui pourrait affirmer en effet que, de cette documentation considérable et coordonnée, on ne tirera pas quelque jour une indication, une ligne de conduite, et même les moyens d'une action préservatrice qu'on nous demandera sans doute d'appuyer sur des données statistiques indiscutées?

Est-ce à dire que ces recherches vont dissiper toutes les obscurités? Ce serait beaucoup espérer : le temps est limité, puisque le prochain Congrès International de Laryngologie tient ses assises dans deux années; et d'ailleurs, les initiateurs de l'enquête internationale sur l'ozène n'ont pas des vues si hautement ambitieuses. Il leur suffira que les renseignements recueillis sur chaque cas satisfassent dans la mesure des possibilités, et en tenant compte des contingences, aux. indications fournies par les modèles de feuilles d'observations.

De la confrontation de ces renseignements, il sera permis sans doute d'extraire des conclusions dont les énoncés, encore que tout provisoires, ne manqueront pas, à coup sûr, du plus haut intérêt.

ÉLÉMENTS DE L'ENQUÊTE. MANIÈRE DE LA CONDUIRE

Pour être utilement conduite, cette enquête sera faite par le plus grand nombre possible de collaborateurs, choisis parmi les fonctionnaires des diverses administrations ét parmi les médecins.

Les premiers seront chargés de permettre l'accès des groupements à examiner et de faciliter la besogne aux médecins.

Les médecins devront être le plus compétents possible dans la maladie à étudier et, par suite, choisis parmi les otorhino-laryngologistes de profession ou parmi les médecins de médecine générale ayant des notions suffisantes en spécialité.

En somme l'enquête comporte trois échelons :

- a) Les indicateurs chargés de dépister les cas et de signaler aux enquêteurs les sujets soupçonnés d'ozène : ce seront les instituteurs à l'école, les médecins inspecteurs des écoles, les médecins d'administration, de chemin de fer, les médecins militaires, etc.
- b) Les enquêteurs du 1^{er} degré chargés de pratiquer un premier triage sur l'ensemble d'un groupemeut déterminé et dont la besogne consistera à prélever sur son contingent, au moyen d'un examen rapide, les ozéneux et les douteux : ce seront des médecins ou des élèves connaissant suffisamment de spécialité pour opérer utilement cette sélection.
- c) Les spécialistes, qui seront chargés d'examiner à fond les personnes du groupe précédent, de faire une seconde élimination et de prendre les observations détaillées des ozéneux et des douteux qui devront être suivis et compris dans l'enquête : ce seront les oto-rhino-laryngologistes qui auront accepté d'être membres actifs de l'enquête et qui recevront dans leurs services hospitaliers ou leurs polycliniques les malades qui leur auront été adressés des différents groupements.

Ces trois enquêteurs ne seront souvent qu'un seul et même médecin, un spécialiste qui, aidé de collègues ou d'assistants, s'intéressera suffisamment à la question pour se transporter lui-même sur place afin d'effectuer un triage préalable des malades et faire ensuite le nécessaire pour l'examen définitif et la tenue des observations.

En fin d'enquête (fin 1914) le spécialiste qui aura pris un certain nombre d'observations remettra celles-ci, accompagnées d'un rapport s'il le juge à propos, à l'organisateur. Chaque organisateur adressera ensuite un rapport sur les observations recueillies dans sa circonscription au comité centralisateur à Paris. Celui-ci fera un rapport général sur l'enquête en France et l'adressera au comité directeur à Berlin.

Avant de commencer l'enquête, le premier soin des organisateurs et de leurs adjoints sera d'informer directement, par tel moyen qu'ils jugeront convenable, les médecins de leur circonscription et en particulier des différentes collectivités visées dans la circulaire, de l'existence de cette enquête et en même temps de la manière de la conduire, c'est-à-dire qu'ils prieront ceux-ci d'envoyer leurs malades à leur examen ou à celui d'un spécialiste plus rapproché et désigné par eux.

Toutes les facilités seront d'ailleurs fournies par le comité centralisateur pour donner à cette enquête le plus de précision possible, tout en économisant le temps du médecin chargé de l'examen.

Mais, pour arriver au résultat cherché, il ne suffira pas de gagner la bonne volonté des confrères, il faudra aussi obtenir les autorisations nécessaires pour l'examen des membres des différents groupements.

Les membres actifs pourront arriver, au moyen de leurs relations personnelles, à obtenir cette autorisation des médecins ou au besoin des directeurs et chefs de services compétents.

Pour faciliter l'accès, il y aura souvent intérêt à demander à ces fonctionnaires de faire partie des comités, en les prévenant qu'ils n'auront aucun travail matériel à fournir, et que leur rôle se bornera à faciliter la besogne des enquêteurs en donnant des indications à leurs subordonnés et des autorisations aux médecins.

Une fois l'autorisation obtenue, s'il existe, comme c'est le cas le plus fréquent, un service médical organisé dans le groupement, on commencera par essayer de se faire signaler les ozéneux par l'intermédiaire des personnes qui les surveillent ou les dirigent en indiquant à celles-ci les gros symptômes de probabilité de l'ozène: fétidité, croûtes, déformations nasales. Nos collègues ont déjà dans les écoles appris aux instituteurs à dépister ainsi les sourds.

Les confrères de médecine générale de ces établissements auront ici un rôle de grande utilité. Mais aucune observation ne saurait être valable avant que l'examen nasal du douteux n'ait été pratiqué par un médecin connaissant la spécialité.

Nous ne saurions trop insister à ce propos sur l'importance de prendre les observations sur le même type, si l'on veut arriver à des statistiques utiles d'où l'on pourra tirer des conclusions ayant quelque valeur. Rien n'empêche l'enquêteur, en recueillant ces observations, d'utiliser les renseignements qu'il y aura puisés pour faire des travaux particuliers, conciliant ainsi son intérêt personnel et celui de l'enquête. Loin d'être opposés, ces intérêts peuvent au contraire marcher de pair, et ce n'est point là le moindre attrait de ce travail qui paraît au premier abord si ingrat.

Pour le groupement parisien, qui comprend les départements de Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, nous avons pensé, dans cet ordre d'idée, qu'il serait bon, afin de faciliter les recherches, de les rendre plus profitables, afin d'y intéresser, le grand public médical, d'organiser des réunions périodiques, de manière à constituer en quelque sorte une conférence temporaire d'étude sur l'ozène. Ces séances seront consacrées à la discussion des observations prises, des procédés d'investigation mis en œuvre et aussi de tous les travaux communiqués sur ce sujet. Les comptes rendus de ces séances seraient insérés dans les journaux médicaux et dans les revues de la spécialité, sans préjudice de la publication des travaux originaux dans tel périodique choisi par chaque auteur.

Il n'est naturellement pas possible d'examiner tous les grou-

pements de France; mais il serait important, étant donné un groupement déterminé, une école par exemple, d'en examiner tous les membres suivant une marche uniforme.

Ce premier examen éliminatoire sera fait très rapidement et consisterauniquement à classer les personnes examinées en : ozéneux, — douteux, — non ozéneux (Voir feuilles de recensement).

Ces derniers ne sont pas revus. Les ozéneux et les douteux sont réservés pour un deuxième examen plus approfondi.

Généralement, il n'y aura pas de doute pour les cas d'ozène. Dans les douteux seront compris ceux qui présenteront au moins l'un des cinq symptômes suivants : 1. Atrophie. — 2. Croûtes. — 3. Odeur fétide. — 4. Inflammation. — 5. Dépôt de mucosités sur les cornets.

Un certain nombre d'ozéneux vrais et surtout de douteux étantainsi sélectionnés, prendre l'observation de chacun d'eux suivant le type indiqué (voir feuilles d'observations) et en s'intéressant aux malades, en les traitant même, arriver à les conserver de manière à les revoir tous les trois mois au moins et à suivre leur observation pendant les deux années de l'enquête.

Au premier abord, il semble que l'on va se heurter à des difficultés insurmontables, du côté des administrations, du côté des malades, et du côté des médecins. Nous pensons qu'il n'en est rien.

Les malades se laisseront examiner et suivre si l'on sait s'y prendre avec tact et discrétion, en ne perdant pas de vue les conséquences funestes que pourraient avoir une légèreté ou une indiscrétion au point de vue du mariage, de la famille, de l'avenir des intéressés.

Il ne faut pas oublier qu'au cours de cette enquête, nous avons à rechercher non seulement chez les enfants et chez leurs parents les cas d'ozène, mais encore les relations possibles de cette affection avec la syphilis et la tuberculose, et que souvent les intéressés ne seront pas toujours disposés spontanément à se prêter de bonne grâce à cette enquête.

Du côté des directeurs des différents groupements, l'indication du but social éminemment utilitaire de l'enquête suffira certainement à les décider à donner leur autorisation et à aider les médecins dans leur tâche.

Mise en pratique des notions précèdentes dans chaque groupement.

A. - DANS LES MILIEUX HOSPITALIERS.

1º A Paris et dans les grands centres urbains.

Il suffira d'avertir les chefs de service de maladies générales, et en particulier ceux des services d'enfants, ainsi que le consultant de l'hôpital, afin que tous les cas d'ozène observés ou soupçonnés soient dirigés vers le service ou la polyclinique dont dépend cet hôpital.

Certains hôpitaux possédant un service d'oto-rhino-laryngologie, il sera naturel de prier le chef de ce service de faire examiner les ozéneux et les douteux, de faire prendre leurs observations sur le type convenu par un de ses élèves.

A défaut de service spécial, il existe dans d'autres hôpitaux une consultation oto-rhino-laryngologique, dont le titulaire pourra rendre le même service. Enfin pour les hôpitaux privés de service spécial, ou de consultation spéciale, il y aura toujours un spécialiste au moins, agréé par l'un quelconque des chefs de service, qui pourra se charger de ces examens dans sa clinique, son dispensaire, etc., où lui seront adressés les malades au fur et à mesure qu'ils seront rencontrés.

Au cas où un milieu hospitalier manquerait totalement de spécialiste, il suffirait d'en informer les organisateurs qui désigneraient un des leurs pour faire le nécessaire.

2º En dehors des grands centres.

Les organisateurs et leurs collaborateurs spécialisés dans les départements auront intérêt, s'il se peut, à s'entendre avec les chefs de service généraux de l'hôpital, comme il est expliqué ci-dessus; mais que pour une cause ou pour une autre, celà soit impossible, ils procéderont eux-mêmes ou feront procéder par leurs élèves au triage et à l'examen des malades dans un ou plusieurs services qui seront toujours les mêmes.

Nous le répétons, il ne faut pas se départir du principe suivant : examiner complètement et d'une façon suivie un groupement déterminé plutôt que d'examiner incomplètement un grand nombre de groupements, si l'on ne veut pas fausser les moyennes.

B. - DANS LES ÉCOLES.

La manière idéale de conduire l'enquête consiste à examiner le nez de chaque élève d'un groupement scolaire déterminé, après avoir obtenu l'autorisation administrative et au besoin celle des parents. Suivre ensuite la marche ordinaire, c'est-à-dire, après un premier triage, envoyer les ozéneux et les douteux dans un centre hospitalier ou dans une clinique désignée d'avance et autant que possible à proximité du groupement.

On fera porter l'enquête sur les différentes espèces d'écoles : écoles communales primaires, primaires supérieures, professionnelles, normales, etc. En cas d'impossibilité d'application de la méthode précédente, dans les régions, où, comme dans le département de la Seine, il aura été prescrit de prendre les fiches médicales de tous les élèves des écoles, on pourra déjà facilement recueillir des indications générales émanant des médecins inspecteurs des écoles.

Un spécialiste aidé de ses collègues en spécialité, inspecteur ou non des écoles, pourra en faire état; il ne peut arriver à mieux, et prélever, d'après les indications générales, les cas qui intéressent l'enquête. Mais ce sera là un pis aller. Il sera de beaucoup préférable que le spécialiste qui prend la direction du mouvement dans les écoles aidé de ses auxiliaires, examinent eux-mêmes tous les élèves d'un établissement et en fassent le triage comme il a été dit plus haut.

Le médecin inspecteur en chef des écoles ou celui qui se sera chargé de la direction du mouvement, obtiendra l'autorisation des autorités compétentes. Pour Paris et le département de la Seine, le Docteur Butte a bien voulu assumer cette responsabilité comme médecin inspecteur des écoles et le Docteur Courtade comme spécialiste également médecin inspecteur des écoles.

C. — GROUPEMENTS ADMINISTRATIFS, INDUSTRIELS. — COLLECTIVITÉS.

Le rôle des médecins directeurs consistera à dépister les personnes soupçonnées d'ozène et à les envoyer pour triage, examen, et prise d'observation, au spécialiste désigné à cet effet.

Dans le groupement, s'il existe un spécialiste qui consente à se charger de ce travail, rien n'est plus simple.

Si celui-ci ne tient pas à le faire, le médecin directeur en référera à l'organisateur ou à l'un de ses collaborateurs spécialiste, et les malades seront dirigés sur un centre hospitalier ou une polyclinique le plus rapprochée possible.

D. - ARMÉE, MARINE.

Les instructions sur l'aptitude physique, en vigueur dans l'Armée et la Marine, rangent depuis longtemps l'ozène parmi les affections qui motivent l'exemption du service ou la réforme. Les médecins, chargés d'assister les conseils de revision et d'examiner les hommes du contingent au moment de leur incorporation, seront à même de relever le nombre des ozéneux suivant les régions, d'en rechercher l'origine et de les diriger sur une clinique spéciale au moment de réforme.

COMITÉ CENTRALISATEUR FRANÇAIS

Membres:

- MM. LOMBARD, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Laënnec.
 - Mahu, ancien président de la Société Française et de la Société Parisienne de laryngologie.
 - Sieur, médecin principal de l'armée, professeur à l'école d'application du service de santé à l'Hôpital militaire du Val-de-Grace.

Secrétaire général :

ROBERT FOY (4).

I. - COMITÉ PARISIEN

Membres d'honneur :

MM. Landouzy, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Paris.

Bar, membre de l'Académie de médecine, professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Paris.

Bertrand, Inspecteur général du Service de santé. Président du Conseil supérieur du Service de santé de la Marine.

Butte, médecin inspecteur des Écoles, Président du 1er Congrès d'Hygiène scolaire, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Chavasse, Médecin Inspecteur général de l'armée.

GAUCHER, membre de l'Académie de médecine, professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques à la Faculté de Paris.

GALIPPE, membre de l'Académie de médecine.

HUTINEL, membre de l'Académie de médecine, professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Paris.

DE LAPERSONNE, professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Paris.

LETULLE, membre de l'Académie de médecine, professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris.

Louis Martin, directeur de l'Hôpital Pasteur.

MARFAN, Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Paris.

PIERRE TEISSIER, Professeur de Pathologie Interne à la Faculté de Paris.

Vallée, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort.

Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux, chef de la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital de la Pitié.

Boulay, ancien Président de la Société française et de la Société parisienne de laryngologie.

(1) Adresser la correspondance au Dr Robert Foy, 28, rue de la Trémoille, Paris. Castex, chargé du Cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris.

CHATELLIER, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Joseph.

COURTADE, ancien Président de la Société de laryng. de Paris, HELME, rédacteur à la « Presse médicale ».

Lermoyez, membre de l'Académie de médecine. Chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

LUBET-BARBON, ancien Président de la Société française et de la Société parisienne de larvngologie.

Luc, ancien président de la Société française et de la Société parisienne de laryngologie.

Les secrétaires généraux des Sociétés française et parisienne de laryngologie : MM. Depierris et Veillard.

Membres actifs :

- MM. Albert (Paul.) André (Marc). Astier.
 - BERRUYER. BOULAY. BRUNEL.
 - CABOCHE. CASTEX. CHATELLIER. COLLINET. CUVILLIER.
 - DELACOUR.
 - FASEUILLE. FOURNIER. FOY (Robert). FURET.
 - Gellé (Georges). Girard. Grossard.
 - HUBERT.
 - JACOB.
 - KOENIG.
 - Laurens (Georges). Le Marc'Hadour. Leroux (Robert). Lombard. Lubet-Barbon.
 - MALHERBE. MAHU. MOUNIER. MUNCH. MONSARRAT. Nepveu.
 - PASQUIER. POYET (Gaston).
 - RABÉ.
 - J.-N. Roy (Montréal, Canada).
 - SIEUR. SAINT-HILAIRE.
 - VEILLARD.
 - WEILL. WURTZ.
 - La liste complète des adhérents sera publiée ultérieurement.
 - II. ORGANISATEURS DES COMITÉS PROVINCIAUX
- MM. Bonain (Brest). Finistère, Côtes-du-Nord, Morbihan, Ille-et-Vilaine, Mayenne.

Escat (Toulouse). Oto-Rhino-Laryngologiste des hòpitaux. — Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne, Ariège, Tarn, Gers, Tarnet-Garonne, Aveyron, Lot, Cantal, Corrèze.

Framont (Caen). — Seine-Inférieure, Eure, Eure-et-Loir, Calvados, Orne, Manche.

Gaudier (Lille). Professeur à la Faculté. — Nord, Pas-de-Calais, Somme, Oise, Aisne, Ardennes.

JACQUES (Nancy). Chargé du cours d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté. — Marne, Aube, Haute-Marne, Meuse, Haute-Saône, Vosges, Meurthe-et-Mosèlle.

LANNOIS (Lyon). Professeur adjoint à la Faculté. — Rhône, Loire, Isère, Savoie, Haute-Savoie, Ain, Jura, Doubs, Saôneet-Loire. Côte-d'Or.

MOLINIÉ (Marseille). — Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes, Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Vaucluse, Drôme, Corse.

Moure (Bordeaux). Professeur adjoint à la Faculté. — Charente-Inférieure, Charente, Dordogne, Gironde, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées.

Mourer (Montpellier). Professeur adjoint à la Faculté. — Pyrénées-Orientales, Aude, Hérault, Gard, Lozère, Ardèche, Haute-Loire.

Texier (Nantes). Chargé du service d'Oto-Rhino Laryngologie à l'Hôtel-Dieu. — Loire-inférieure, Vendée, Maineet-Loire, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne, Sarthe.

Vacher (Orléans). — Loir-et-Cher, Indre-et-Loire, Indre, Cher, Loiret, Yonne, Creuse, Nièvre, Allier, Puy-de-Dôme.

Les Membres Organisateurs parisiens se sont réservés de diriger eux-mêmes les recherches dans les départements de : Seine, Seineet-Marne, Seine-et-Oise.

III. — ORGANISATEURS DES COMITÉS COLONIAUX

Algérie: MM, Aboulker (province d'Alger et province de Constantine).

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Mustapha.

Joury (province d'Oran). Otho-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Civil.

Maroc: Joury.

Rouvillois, médecin-major de 12e classe (Casablanca).

Madagascar : Fontovnont, directeur de l'École de médecine de Tananarive.

Tunisie: VAQUIER, médecin de l'Hôpital civil français de Tunis.

Tonkin : Le Roy des Barres (Hanoi), ancien interne des hopitaux de Paris.

10.

FEUILLE D'OBSERVAT (rhinite atrophique confir	a stoo par		
I. — É	TAT CIVIL.		
Pays	Noms, prénoms		
Ville	Sexe		
École	ReligionNationalité		
Classe	Adresse-		
Origine des parents :	chez		
père	Lieu de naissance		
mère	Lieux de résidence		
Profession des parents			
 Quand débuta l'affection r Est-elle apparue aussitôt : Par quels symptômes s'est Maladies infantiles 	Anamnèse. nasale?		
	et des premières dents		
	uand?		
	ificiel?		
	ibre?		
	ntation?		
 Hygiène générale de la far 	nille?		
III. — Examen	PHYSIQUE GÉNÉRAL.		
1. Aspect extérieur du malade	e (facies, thorax, etc.)		

Diamètre bisacromial-Système pileux-

	Ongles
	Dents
3.	Appareil circulatoire:
	a) Troubles subjectifs (hémorragies, palpitations, ædèmes, cryesthésie)
	b) Troubles objectifs (état du cœur, pression artérielle, pouls)
4.	Appareil respiratoire:
	Troubles subjectifs (catarrhe, toux, dyspnée, le malade sent-il l'air passer dans son nez)
	Troubles objectifs (respiration buccale ou nasale, ron- flement nocturne, auscultation, en insistant sur les signes douteux ou certains de tuberculose)
	Indices respiratoires (différence entre inspiration et expi-
	ration forcées):
	Plan axillaire
	Plan xyphoïdien
	Plan ombilical
ő	. Système nerveux
	Troubles subjectifs (migraines, douleurs, asthénie, ver-
	tiges, nervosité, insomnies)
	Troubles objectifs (réflexes rotuliens, pupillaires, tics,
	spasmes, chorée, etc.)
6	3. Système osseux (rachitisme, tuberculose)
7	7. Système cutané (lupus, eczéma, cicatrices)
8	3. Maladies constitutionelles
	a) Syphilis réaction Wassermann
	Avortements de la mère
	Mortalité infantile dans la famille
	État des frères et sœurs vivants
	Constitution et facies du malade
	Infantilisme
	Déformation du squelette
	Épaississement des tibias
	Gonflements réitérés des genoux
	Kératite interstitielle
	Affections de l'oreille
	Malformations dentaires

Cavnm.....

*12	DOMBIND, and	aso, basem
Pharvi	nx	() - 1
Amved	lales (palatines, pharynge	ées, linguales)
Larvn	k	
Traché		
Hache	· C	
	V. — COMPLICATI	IONS SECONDAIRES.
	TT GOME MINISTER	
Yeux (conduits lacrymaux)	
Oreille	s (suppuration, perfora	ation, troubles auditifs)
		airage, rayons X)
	(8-7,
1	VI. — Hérédit	OH INFECTION
	VI. — HEREDII	E OU INFECTION.
		enfant deenfants dont
2		parents, frères ou sœurs
		uché dans le même lit, et les-
Conto	oion onimalo?	
Conta	0	
*	familiale	
	VII. — TABLEAU D'HÉRÉDIT	É (INFECTIONS CHRONIQUES).
		10
Père		
***************************************		***************************************
Paren	nts du père	Parents de la mère
***************************************		***************************************
		,

TABLEAU D'AUTOPSIE

I. - EXAMEN EXTERNE.

- a) Syphilis. Cicatrices, tuméfactions, etc.
- b) Glandes. Cou, angle maxillaire, etc..
- c) Forme du crâne. Plus grands diamètres horizontaux, bitemporaux et occipito-frontal.
- d) Forme de la face. Diamètre bizygomatique et distance du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur à la suture nasofrontale.
- e) Forme du nez. Largeur maxima de l'auvent nasal (squelette osseux). Hauteur entre épine nasale et suture naso-frontale.

II. - DISSECTION DE LA RÉGION DU COU.

- a) Glande thyroïde.
- b) Ganglions lymphatiques (sous-maxillaire, parotidiens, cervicaux, pharyngés).
- c) Cordon et ganglion sympathique.
- d) Larynx.
- e) Voûte palatine:

Largeur (distance horizontale entre les 2 premières molaires). Hauteur (distance entre plan horizontal de mastication et la partie la plus élevée de la voûte).

Longueur (milieu du bord alvéolaire du maxillaire au bord postérieur du vomer).

III. - CAVITÉ CRANIENNE.

- a) Fontanelles.
- b) Cerveau. Ventricules, hypophyse, bulbe.
- c) Cavités nasales Topographie et muqueuse, examen microscopique.
- d) Arrière-cavités des fosses nasales, sinus.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX. T. XXXVIII, Nº 11, 1912.34

IV. - CAGE THORACIQUE.

Cartilages costaux.

Thymus.

Poumons.

V. - CAVITÉ ABDOMINALE.

Rate.

Foie.

Plexus solaire.

Organes génitaux.

FEUILLE DE RECENSEMENT

ior	n).					
	io	 ion).	ion)	ion)	ion)	ion)revoir tous l

Par douteux, il faut entendre les malades présentant au moins un des cinq symptômes suivants de l'ozène: atrophie, croûtes, odeur, suppuration, dépôt visqueux grisâtre sur la muqueuse.

No. 1 Nom.	Sexe. Ag	e. Domicile.	Lieu de naissance.	Religion.	Ozén.	Douteux.
------------	------------	----------------	--------------------	-----------	-------	----------

BOUTON DE BISKRA DU PAVILLON DE L'OREILLE

Par GUARRACCIA (Catane) (1),

Directeur de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Victor-Emmanuel.

Observation: Scud... François, âgé de 16 ans, de Giarre (province de Catane), s'aperçut en octobre 1910 que la partie moyenne de l'hélix de l'oreille gauche était le siège d'une petite papule à peine perceptible et d'un léger prurit. Cette papule grossit peu à peu jusqu'à atteindre, au bout de deux mois environ, le volume d'un grain de lupin et commença à s'ulcérer sur toute sa surface, puis à se recouvrir consécutivement d'une croûte unie, dure, furfuracée, de couleur blanc jaunâtre. Dans son développement lent et progressif, la tumeur avait atteint au début d'avril 1911 le volume d'une petite noix; le 3 de ce même mois Scud... éprouva de la fièvre et des douleurs dans l'aine droite; la douleur alla en augmentant en même temps que se produisait de l'engorgement des ganglions inguinaux.

L'incertitude du diagnostic des médecins de la localité, les progrès de la tumeur auriculaire, l'augmentation de la fièvre et de la douleur inguinale déterminèrent les parents à nous faire examiner le malade qui entra dans notre service hospitalier le 43 ayril.

A partir de ce moment la fièvre présenta une allure irrégulière, s'élevant jusqu'à un maximum de 39°; après 8 jours environ d'état stationnaire, la tuméfaction et la douleur inguinale commencèrent à diminuer. A la fin d'avril la fièvre avait cessé et l'engorgement ganglionnaire diminuait progressivement de volume; dans les premiers jours de mai, la marche était possible sans douleur.

Étant donné la difficulté du diagnostic de la lésion auriculaire qui différait beaucoup des affections communes du pavillon, considérant d'autre part que nous pouvions nous trouver en présence d'une maladie exotique, nous priâmes notre savant collègue et ami Pulvirenti, très versé dans l'étude des maladies tropicales, de donner son avis. Celui-ci put, en effet, identifier la lésion, en constatant dans diverses préparations microscopiques du sang de l'ulcé-

⁽¹⁾ Traduction par M. Boulay.

ration, les corpuscules de Wright. Le malade refusa de laisser ponctionner ses ganglions inguinaux. La tuméfaction du pavillon auriculaire datait alors de huit mois, avait acquis la grosseur et la forme d'un petit œuf de poule et occupait le grand diamètre de



Fig. 1.

l'hélix sans montrer d'adhérence au cartilage sous-jacent; la couleur en était jaune perlée, la surface irrégulière, uniforme, squameuse; au toucher elle était sèche et rugueuse à la surface, pâteuse, indolore.

La croûte, enlevée d'une seule pièce, avait à peu près 4 millimètres d'épaisseur, était compacte, à peu près identique dans toute son étendue et assez adhérente aux tissus sous-jacents. Ceux-ci présentaient une surface lardacée, semée de grosses granulations uniformes, violacée par places, rose pâle en d'autres, facilement saignante; les ganglions cervicaux du même côté étaient notablement engorgés.

L'examen des autres organes et appareils en montra le parfait état.

L'examen du sang périphérique donna le résultat suivant :

Hémoglobine à l'hémoglobinomètre de Fleischl.	60 p. 100
Globules rouges	3 500 000
Globules blancs	600g
Valeur globulaire	0,85

Formule leucocytaire:

Mononucléaires	grands moyens petits	8 19 20
Polynucléaires ?	neutrophilesbasophiles	48 05 0

Absence de corps de Wright dans la circulation.

Le traitement consista dans l'ablation de toute la croûte d'un seul coup, puis de l'application quotidienne de poudre très fine de permanganate de potasse à la surface de la lésion. — La tuméfaction diminua peu à peu en même temps que se développa sur le bord du pavillon une longue cicatrice indolore d'un blanc perlé. Après quarante jours de traitement, la guérison locale était complète et l'état général était notablement amélioré. Les ganglions du cou et de l'aine étaient à peine perceptibles.

Le malade ayant été revu un an après (mai 1912), on constata la persistance de la guérison.

Les plus récent traités d'otologie ne font pas allusion à de semblables lésions et des recherches bibliographiques soigneuses nous permettent de penser que cette affection n'a pas été décrite sur le pavillon de l'oreille.

Dans ces dernières années l'étude de quelques maladies dites tropicales a montré qu'elles peuvent aussi exister dans les pays non tropicaux : le kala-azar, par exemple, est répandu dans le bassin oriental de la Méditerranée. Scud..

ne s'était jamais éloigné des environs de son pays natal, n'habitait pas des lieux infectés par la maladie, n'avait pas été en contact avec des chiens; cependant les punaises et les moustiques n'étaient pas rares dans sa maison.



Fig. 2.

Cliniquement la lésion du pavillon était très difficile à étiqueter. L'anamnèse et la forme de la lésion faisaient exclure la syphilis. On pouvait exclure encore : les tumeurs qui ne présentent habituellement pas d'ulcérations en surface, telles que le fibrome, le lipome, le sarcome, etc... et les tumeurs ulcérées qui sont toujours multiples, telles que le mycosis fongoïde d'Alibert, le granulome fongoïde d'Auspitz.

On devait penser à l'épithélioma en chou-fleur et aux lésions de forme framboisée.

L'âge très jeune du patient, la marche lente de la maladie, l'état général du malade encore assez bon, faisaient exclure l'épithélioma avec une grande probabilité. En ce qui concerne la confusion possible avec des l'ésions de forme framboisée, notre collègue Pulvirenti ayant identifié la présence de corps de Wright (qui les découvrit en 1903) dans le suc sanguino-lent de la tumeur, le diagnostic fut établi.

Les préparations furent fixées dans l'alcool et l'éther et colorées avec le Giemsa: par cette méthode les corps de Wright montraient très nettement toutes leurs particularités, les protozoaires sont identiques morphologiquement à ceux de Leishman: ils sont formés d'un protoplasma, d'un noyau et d'un blépharoplaste, se présentent d'ordinaire à l'intérieur des grandes cellules mononucléaires, tantôt rares, tantôt assez nombreuses pour qn'on puisse compter plus de cent parasites; parfois ils peuvent être libres.

Le mode de transmission de la maladie a suscité beaucoup de discussions; il nous paraît probable que l'infection est communiquée par des insectes spéciaux (mouches, moustiques, punaises, puces, poux, tiques, etc.), comme nous pouvons l'admettre dans le cas que nous venons d'étudier.

A l'importance d'un diagnostic exact est liée intimement la question du traitement : avec un diagnostic erroné, on était autorisé à faire une intervention chirurgicale destructive: avec un diagnostic exact, un traitement médical très simple amena en un laps de temps très court (quarante jours dans notre cas), une guérison complète.

Nous pouvons affirmer que toutes les fois que, dans notre spécialité, il se présente des lésions peu communes, et de diagnostic difficile, pour ne pas dire impossible, on doit penser à la possibilité d'une maladie dite tropicale : dans notre cas ils'agissait d'une localisation auriculaire des corps de Wright donnant lieu à cette variété d'affection que les dermatologistes appellent plus communément bouton de Biskra.

D'UN ACCIDENT PEU CONNU DE L'ADÉNO-AMYGDALOTOMIE. DE LA CHUTE DES VÉGÉTATIONS ET AMYGDALES DANS LES VOIES AÉRIENNES (4).

par J. GUISEZ

Il est un accident opératoire des végétations et amygdales auquel on ne semble pas avoir porté l'attention qu'il mérite, bien qu'assez fréquent et pouvant amener des conséquences graves, ainsi qu'on le verra dans les observations suivantes.

Nous voulons parler de la chute de végétations et des fragments amygdaliens dans les voies aériennes supérieures.

Les 4 observations qu'on va lire montrent à quelles conséquences elle peut entraîner.

1^{re} Observation. — Chute de végétations dans les voies aériennes. — Broncho-pneumonie grave (2).

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, opérée le 46 mai 4911 d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie. L'enfant, qui était en puissance de volumineuses végétations, avait, maintes fois, accusé des poussées aiguës au niveau de son cavum; aussi lui avait-on coneillé un séjour au bord de la mer avant de se présenter à l'opération.

Celle-ci fut très bien faite et dans les meilleures conditions; mais le soir même de l'intervention, 39°; le lendemain la température oscillait entre 38° et 39°,3, et les jours suivants, l'ascension thermique atteignait 40°, entraînait chez la petite malade une inappétence absolue, un amaigrissement considérable, une légère torpeur, et tous les symptômes de la septicémie. Cet état persista 18 jours sans qu'il fût possible d'en trouver la cause; après examen local de la petite malade, nous éliminons l'origine du champ opératoire, et le laboratoire permit d'exclure l'idée de fièvre éberthienne; seule, la courbe de température permettait de croire beaucoup plus à la présence de pus dans l'organisme qu'à une explosion de tuberculose.

(1) Communication à la Société Française de Laryngologie, mai 1912.
 (2) Observation rapportée également par notre ami Nortien à la Société de Médecine de Paris, séance du 29 juin 1912.

Et, en effet, l'examen accessa bientôt en avant, à gauche, à côté du cœur, une petite zone mate, avec respiration puérile; ces symptômes, constatés par le médecin de la famille, un excellent praticien, furent confirmés par un maître éminent, appelé en consultation et qui en fit plus tard l'objet d'une leçon à l'une de ses Cliniques (2): tous deux conclurent à la préparation d'une vomique.

Le lendemain, en effet, l'enfant évacuait la valeur d'un verre à liqueur de pus nettement streptococcique; dès ce jour, la température descendait en degrés, et l'état général, si alarmant la veille, s'améliorait d'une façon sensible.

Trois jours après, nouvelle poussée thermique à 39° suivie d'une seconde vomique, moins intense que la première; enfin, au bout de 48 heures, nouvelle ascension de la température suivie d'une dernière évacuation de pus, mêlé de débris plus épais sanguinolents. Dès ce jour, la température descendit rapidement à la normale, l'enfant entra franchement en convalescence et le 33° jour, la petite malade allait à la campagne; aujourd'hui, la fillette est superbe de santé et n'accuse aucun trouble local: l'auscultation permet de constater l'intégrité absolue des deux poumons.

2º OBSERVATION. — Enfant âgée de 5 ans, opérée par nous-même sous bromure d'éthyle, en avril 1906. — Cette enfant avait fait, antérieurement, une poussée d'adénoïdite, pour laquelle les parents étaient venus nous consulter: nous l'avions laissée au repos et surveillé l'état de sa gorge et de son nez pendant plusieurs semaines.

Lorsque nous décidons l'intervention, toute trace d'infection locale avait disparu.

Pendant l'opération, cyanose assez vive, qui force à suspendre momentanément. Nous inclinons, à ce moment, la tête de l'enfant, nous mettons le doigt dans la bouche; elle rend quelques mucosités sanguinolentes et la respiration s'établit petit à petit. Nous reprenons l'intervention, en donnant une nouvelle dose de bromure d'éthyle, et nous la terminons sans incident.

Rien de particulier pendant les deux premiers jours; le 3° jour, au soir, température à 39°. L'enfant tousse, il y a des signes de bronchite généralisée. Le lendemain, température à 39°,5; dyspnée assez vive, râles de bronchite et de broncho-pneumonie du côté droit. Le surlendemain, température également élevée à 39°; l'enfant tousse d'une toux rauque; elle parait assez gênée pour respirer. Les signes d'auscultation sont les mêmes.

. Le 4° jour, l'enfant commence à expectorer Les crachats sont fétides et ont une odeur de sphacèle, qui fait penser à la gangrène

pulmonaire. Tous les symptômes cessent le 8e jour, à la suite d'une expectoration plus abondante. La température tombe et redevient normale.

A ce moment, nous ne pouvons penser qu'il y a une relation de cause à effet, entre les phénomènes asphyxiques que nous avons observés, la brusque cyanose pendant l'opération, et les phénomènes broncho-pulmonaires consécutifs à ce moment. Nous les attribuons à la respiration défectueuse et à l'aspiration de sang dans les voies aériennes.

A titre documentaire, le Dr R. Labbé nous a communiqué le cas suivant, qui lui est personnel :

3º Observation. — Enfant de 7 ans, bien constitué, maigre, mais bien portant, dolicocéphale, adénoïdien typique et adénoïdien héréditaire. A l'âge de 3 ans, il a subi l'adénoïdectomie qui a eu d'heureuses conséquences tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue du développement général. Depuis un an, la bouche est constamment ouverte, la voix est pharyngienne, les amygdales sont grosses, enchatonnées, les pharyngites fréquentes.

En avril 4911, l'opération est décidée; le 27 mai, elle est pratiquée; entre temps, on tente quelques désinfections locales avec de l'huile résorcinée. La veille de l'opération, les amygdales sont encore grosses et un peu rouges (elles le sont constamment), mais la température rectale est de 37°,3.

Après anesthésie au kéléne, un coap de curette unique sur l'amygdale pharyngée ramène un tout petit fragment; les deux amygdales sont enlevées au morcelleur; l'amygdale droite est purulente, l'enchatonnement accentué nécessite deux prises successives sur chaque amygdale.

L'enfant n'a pas eu d'appréhension marquée et l'anesthésie a été à peu près complète.

L'opération a été très banale; les suites semblent devoir être banales aussi. De fait, l'état local est parfait et 3 jours après l'opération, l'enfant se lève pendant une heure.

On pratique, les jours suivants, l'opération, des lavages de la gorge et du nez à l'eau résorcinée faible.

Un symptôme cependant existe: la fièvre. Celle-ci est apparue quelques heures après l'opération. Quatre heures après l'opération, j'ai constaté 40°,8.

De fait, la température redescend progressivement à 39° le soir, à 37°,8 le lendemain matin, à 37°,4 le surlendemain.

La fièvre est constante et, pendant 13 jours, elle dépassera 39° ou 40°, chaque soir, ne descendant plus jamais au-dessous de 38°.

Une broncho-pneumonie s'est constituée, en même temps que l'hyperthermie, tenace, résiste absolument à tout : balnéation sous toutes ses formes : bains à 35° refroidis, bains chauds à 38°, répétés. Ni l'électràrgol donné à la dose de 25 centigrammes en 3 injections en 48 heures ni 2 lavements de sérum antistreptococcique à la dose de 20 cmc. administrés à 4 jours d'intervalle, n'ont influencé le pyrexie.

La septicémie est terrifiante; la courbe rappelle tout à fait celle de la granulie; aussi le diagnostic en fut-il posé.

Simultanément, la toux s'accompagne d'étouffement, de dyspnée intense, d'orthopnée. La bronchite capillaire se caractérise: les foyers broncho-pneumoniques prédominent à la base droite, mais sont signalés dans tout le poumon droit et même au sommet gauche.

Cependant, quelques mucosités recueillies au 11° jour ont permis de déceler du pneumocoque abondant, presque pur. Une inoculation à la souris est pratiquée quelques jours plus tard, la souris ne meurt pas, mais cultive un pneumocoque extrêmement abondant.

Au 16° jour néanmoins, peut-être sous l'effet de la cryogénine qui, à la dose de 50 centigrammes par jour en 2 fois, eut sur la température une action indiscutable à cette période, une ébauche de défervescence se produit; puis de 37°,8 la température remonte aussitôt à 39° et 40°.

Au 20° jour, abcès de la fesse, pus à pneumocoque, température s'abaisse, remonte cependant un jour à 39° et 40° après l'opération, enfin descente définitive et convalescence longue.

4° Observations — Adénoïdes intratrachéales. — Phénomène d'asphyxie chez enfant de 5 ans. — Extraction par bronchoscopie supérieure. — Guérison.

Les Drs Boulloche et Furet nous téléphonent, le 22 janvier, de venir immédiatement, pour voir une enfant qui avait été prise déjà, à plusieurs reprises, d'accès de suffocation violents, et, en particulier dans la matinée, un accès plus accentué que d'ordinaire s'est déclaré et a amené une crise de suffocation qui a duré très longtemps. Pendant plus de trois quarts d'heure, l'enfant est restée cyanosée, haletante, respirant à peine.

Les parents, et le D' Boulloche, consulté, ont constaté une certaine gêne respiratoire chez cette enfant. D'autre part, l'auscultation ne révèle rien de particulier, l'ablation des végétations adénoïdes est faite il y a trois semaines. L'enfant a des crachats purulents, depuis environ dix jours, plusieurs fois par jour, des mucosités épaisses, purulentes; son halène est fétide.

Il y a trois jours survint, dans la matinée, un accès très vif de suffocation, qui a duré pendant plus d'une demi-heure, l'enfant dut être ramenée chez elle, mais tous les symptèmes semblèrent se calmer.

Dans la nuit qui a suivi, et depuis, la respiration semblait très gènée. Auscultation négative qui ne dénote aucune trace d'adénopathie trachéobronchique. Les Drs Boulloche et Furet pensent à un corps étranger bronchique, lorsque, ce matin, survint un accès de suffocation. Ils nous font appeler, l'enfant était intransportable. Nous la trouvons avec du tirage épigastrique et sus-sternal.

Auscultation. — Rien de particulier, sauf quelques ronchus et un peu de diminution respiratoire du côté droit du thorax.

Bronchoscopie supérieure, assez difficile à cause de l'étroitesse du larynx chez cette enfant. Nous parvenons, néanmoins, à l'aide de la spatule, à faire pénétrer un tube fenètré de 30 centimètres et de 7 millimètres. Nous voyons de suite, dans l'entrée de la bronche droite, une espèce de magma jaune, gonflé, qui est mobile avec les mouvements respiratoires. Il s'agit là évidemment du corps étranger. Nous le saisissons avec une pince et nous le retirons par la lumière du tube. Nous constatons qu'il s'agit d'un paquet adénoïdien, macéré, gonflé, relativement peu altéré, de la grosseur à peu près d'une noisette.

L'extraction de ce corps étranger amène l'expulsion d'une quantité de muco-pus assez considérable.

Ecouvillonnage de la bronche, avec de la ouate; nous constatons qu'il existe un autre petit fragment, qui flotte à l'intérieur de la bronche, et nous avons assez de peine à le retirer. Nous le retirons par fragments.

Les suites sont normales; quelques ronchus sonores du côté droit, les jours suivants; la température, le lendemain, est de 38° et 38°,2, et la guérison se fait sans aucune complication. L'examen histologique du fragment en levé fait au laboratoire Hasselin-Cuvillier donne comme résultat : tissu d'adénoïdite presque pur.

Si l'on passe en revue ces différentes observations, on voit que des accidents à manifestations diverses se sont passés après l'opération des végétations et amygdales.

Dans les 3 premiers cas, ce sont des phénomènes infectieux

broncho-pulmonaires qui se sont déclarés plus ou moins longtemps après l'opération (le 8° jour et le 6° jour après dans les 2 premiers cas; le 5° dans le 3° cas.)

Dans deux, les phénomènes cessent après une vomique abondante contenant, dans l'une d'entre elles, des débris de végétations plus ou moins gros.

Dans le 3°, l'histoire est moins nette mais néanmoins la même pathogénie peut être invoquée.

Enfin, dans le quatrième cas, il s'agit d'accidents de dyspnée, de suffocation à la suite de l'opération. L'enfant, qui n'a rien présenté de bien particulier depuis l'intervention, cependant, détail à noter, sauf quelques crachats muco-purulents très épais, étouffe, se cyanose un jour brusquement, le 8° après l'opération. On nous raconte une histoire de pierre avalée; comme l'accident est arrivé au Luxembourg, alors que l'enfant jouait avec des cailloux, on suppose qu'elle en a avalé un.

Nous faisons la bronchoscopie et nous voyons un paquet de végétations gonflées, boursouflées, à demi altérées, qui à cheval sur l'éperon bronchique est la cause de la suffocation. Nous l'enlevons et l'examen histologique fait par MM. Cuvillier et Masselin révèle du tissu adénoïde pur, éclairant ainsi d'un jour tout nouveau la pathogénie de cette affection.

Tels sont les cas que nous avons observés, Il est évident que la chute des végétations dans les voies aériennes doit être relativement fréquente et ne doit pas toujours amener des complications aussi graves et que bien souvent le sang dégluti, les végétations disparues, avalées après l'opération, sont aspirées et sont rejetées par quinte de toux. Mais, de temps à antre, il se peut que le paquet reste dans les voies aériennes et amène les complications graves sus-décrites.

Il était indiqué de les décrire dans le nombre de complications dues à d'adénectomie. En recherchant dans les cas publiés, nous n'en avons que bien peu dont l'histoire clinique rappelle celle que nous venous de rappeler.

Grossard et Kauffmann (1) citent quelques cas d'infection, mais sans insister sur la pathogénie.

⁽¹⁾ Des complications de l'adénectomie, etc... Rapport à la Société Française, mai 1911.

Parmi celles-ci, 2 cas (de Béco, de Liége) de pneumonie survenues 45 à 48 heures après l'opération. Mais dans les 2 cas, l'infection fut particulièrement bénigne (voir Observations IX et X du rapport de Grossard et Kauffmann. — Observation XI de Grossard).

Observation I. — Fillette de 9 ans. Bonne santé générale. Amygdalectomie au morcelleur et adénectomie à la curette, sous anesthésie au bromure d'éthyle. Rien de spécial au cours de l'intervention, qui a eu lieu le matin vers huit heures et demie. Le soir, six heures, l'enfant est fatiguée. Vomissements. Température, 37°,9. Rien dans la gorge. Aucun malaise spécial. Le lendemain, l'enfant tousse. Température; matin 38°,5, le soir 39°,5. Le surlendemain, température, 40°. Pneumonie manifeste à la base droite; quelques râles à gauche. Evolution normale d'une pneumonie lobaire séreuse qui guérit.

Observation II. — Garçon de 7 ans. Amygdalo-adénectomie sous narcose au bromure d'éthyle. Enfant opéré à l'hôpital par un des assistants du Dr Béco.

Le deuxième jour, pneumonie.

Y a-t-il eu un refroidissement pendant le transport de la table d'opération à la salle de malades ? Ou autre cause infectieuse ?

Cas de Cornet, suivi le lendemain d'élévation de température, puis broncho-pneumonie, à la suite néphrite aiguë et mort d'anasarque.

Cas de Delsaux suivi le lendemain de l'opération d'élévation de température et le surlendemain bronchopneumonie qui dure quelques jours et dont l'enfant se remet complètement.

Deux cas de Lubet-Barbon, rapportés par R. Labbé dans son travail, où la bronchopneumonie et la pleurésie purulente furent suivies de guérison dans un cas et dans l'autre la pneumonie avec grangène pulmonaire ne tarda pas à emporter le malade.

Kænig (in rapport de Grossard) rapporte le cas d'une jeune fille de seize ans opérée de végétations adénoïdes qui fit une bronchite fétide après l'opération. Elle continue à tousser et est emportée un an après de tuberculose alors que bien portante avant l'opération.

Dans un travail d'ensemble sur l'ablation totale des amyg-

dales, Arthur Meyer (de Berlin) signale toutefois plusieurs complications post-opératoires (1): gangrène pulmonaire, exanthèmes divers, rhumatisme articulaire. « Sonntag, dit-il, a suivi un cas d'infection septique générale après adéno et tonsillectomie; la septicémie paraît être cependant plus commune après l'adénoïdectomie. » D'après le même auteur, un cas de Damianos et Hermann se termine, après 3 semaines, par une pyémie mortelle, causée toutefois plutôt, suivant l'auteur, par l'injection hémostatique de gélatine, que par l'opération même.

Luidley Sewell (2) fait également mention de quelques accidents septiques après intervention sur l'amygdale et les adénoïdes.

Cas de Grossard. — Enfant, fils de confrère, opéré de végétations sous anesthésie. L'opération marche bien, mais 8 jours après, double broncho-pneumonie infectieuse à forme grave qui guérit néanmoins.

Il semble, d'après toutes ces observations, que c'est surtout consécutivement à l'adénectomie que sont survenues ces complications infectieuses. Nous verrons tout à l'heure que cette notion va bien avec la pathogénie que nous donnerons à cette complication.

Steward, de Toronto (3), Breyre, de Liége (4), signalent également des complications septiques attribuées à l'inhalation de sang et produits inflammatoires venant du pharynx, au moment de l'opération.

Comment expliquer ces infections dans les cas rapportés, dans ceux signalés par les différents auteurs et par nousmême ?

On doit évidemment éliminer l'infection opératoire, les interventions ayant été dans tous les cas rapportés faites avec le plus grand souci de l'asepsie. Les malades ont été opérés en dehors de toute poussée aiguë infectieuse qui contre-indique toujours l'opération : du reste aucune manifesta-

 ⁽¹⁾ ART. MEYER. — Sammlung Klin. Vorträge, 1910. Leipzig 570-71.
 (2) Med. Chronicle juil, 1911 (d'après les Arch. des Mal. de l'enfance).

⁽³⁾ Montreal Med. Journal, 1909, 780-795.

⁽⁴⁾ Accidents et complications de l'adénectomie (Scalpel, 31 juillet 1910).

tion locale n'a été constatée dans tous ces cas après l'opération.

Reste l'infection descendante. Du pus plus ou moins virulent contenu dans les amygdales, dans les adénoïdes, est évacué par la pince, la curette, qui tombe dans le larynx et la trachée jusque dans les bronches amenant les infections broncho-pulmonaires à forme grave sus-décrites.

Il est plus logique et plus simple d'admettre la pathogénie suivante : il s'agirait d'une complication opératoire de la chute dans les voies aériennes de sang plus ou moins septique, de débris de végétations d'amygdales purulentes. N'arrive-t-il pas que pendant l'opération d'adénectomie l'enfant reprenne violemment sa respiration, aspire le sang et les produits du curettage? Un accès de toux l'en débarrasse généralement complètement, mais celui-ci, surtout dans la narcose, peut ne pas se produire et il en résulte des troubles soit respiratoires, comme dans l'observation n° 4, ou plutôt et à plus ou moins longue échéance, des troubles infectieux broncho-pulmonaires. C'est surtout le curettage des végétations qui amène cette complication, les amygdales sont généralement prises à la pince morcellante et tombent moins facilement dans les voies aériennes supérieures.

Dans tous les cas septiques que nous avons suivis il y a eu, après les phénomènes broncho-pulmonaires, vomique avec évacuation de fragments corrompus de tumeurs adénoïdes, suivie, aussitôt cette éventualité, de guérison et de disparition de tous les symptômes broncho-pulmonaires.

Lubet-Barbon a admis également, pour les deux cas rapportés plus haut, une pathogénie tout à fait analogue. « J'attribue mes deux cas à l'aspiration pendant la narcose de fragments de la végétation; dans le second surtout, il y eut des accidents analogues à ceux qu'on observe chez les gens immergés dans des eaux très infectées et qui en ont aspiré. »

Breyre admet également que l'inhalation de sang et de produits inflammatoires venant du pharynx peut être rapidement suivie de lésions infectieuses des voies aériennes.

Cette explication satisfait l'esprit de tous les spécialistes. Qui de nous n'a pas été frappé souvent par la brusque cyanose d'un enfant pendant l'adénectomie? L'enfant a aspiré du sang. Tout cesse si à ce moment il a une quinte de toux qui rejette des mucosités sanguinolentes, ou si on lui met vivement la tête en bas, pour vider les voies aériennes supérieures.

Mais il se peut que, dans la narcose, les réflexes soient abolis et que les matières aspirées ne soient pas expulsées et restent finalement tolérées momentanément comme tout corps étranger par la muqueuse trachéo-bronchique. Puis surviennent des phénomènes infectieux de broncho-pneumonie plusou moins grave et souvent une vomique avec expulsion de fragments, suivie immédiatement de la cessation de tous les accidents.

Le bronchoscope éclaire d'un jour tout nouveau cet essai de pathogénie par ce cas démonstratif n° 4. N'y avait-il pas fragment adénoïdien tuméfié à cheval sur l'éperon bronchique, qui avait amené des acccidents asphyxiques graves, tellement graves, que la mort de la malade aurait pu survenir, sans l'extraction sous bronchoscope qui mit fin rapidement à tous les accidents?

Au point de vue pratique ne devons-nous pas tirer un enseignement de cette complication dont la pathogénie est mieux éclairée?

N'y a-t-il pas moyen opératoirement d'éviter cet accident de la chute dans les voies aériennes? Oui. 1º Si l'on a souci, pendant le curettage, de maintenir l'abaisse-langue au fond de la bouche, contre la paroi postérieure du pharynx;

2° De renverser la tête vivement en avant, une fois le curettage terminé:

3° Enfin, il est bien évident que, si l'on opère dans un milieu aussi aseptique que possible, en dehors de toute poussée inflammatoire, ou suppurative, on risque beaucoup moins les complications infectieuses. Il convient donc de bien réexaminer le cavum avant de commencer l'intervention, d'éviter la narcose aussi souvent qu'on le peut, qui favorise la chute et supprime le réflexe de la toux, qui expulse aussitôt les produits aspirés. Toutefois, si l'on observe exactement les règles de technique sus-énoncées, on évitera presque sûrement, même si l'enfant est endormi, cette complication, qui n'est certes pas rare, mais dont, heureusement, les cas graves sont exceptionnels.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNK, T. XXXVIII, Nº 11, 1912. 35

RECUEIL DE FAITS

ABCÈS DU CERVELET DIAGNOSTIQUÉ, OPÉRÉ ET GUÉRI DEPUIS 2 ANS

Par MM.

CURTILLET

et

HENRI ABOULKER

Doyen de la Faculté de médecine d'Alger. Chef du service otologique de l'hôpital Mustapha.

Nous relatons à titre documentaire l'observalion qui suit:

Homme de 47 ans, atteint d'une otorrhée droite datant de l'enfance, traitée avec l'indifférence la plus complète. Il y a 2 ans écoulement sanguin. Depuis longtemps l'audition est nulle. Oreille gauche normale.

Il y a 3 mois, au début de 4910, vertige intense pour lequel il consulte le D* Julien, son médecin, en lui laissant d'ailleurs soigneusement ignorer la lésion de l'oreille, sa surdité et son otorrhagie récente. Le malade est un grand fumeur, et fait quelques abus éthyliques. On fait provisoirement le diagnostic d'accidents cérébraux par intoxication nicotinique ou éthylique,

Le vertige persiste du 7 septembre au 14 septembre 1910, puis disparaît presque complètement. Le malade peut reprendre à peu près normalement ses affaires qui lui imposent une vie très active jusque vers le 25 novembre 1910.

A ce moment il commence à ressentir de vives douleurs à l'oreille droite avec irradiations à tout le côté correspondant de la tête. Il consulte divers otologistes qui s'accordent à conseiller une intervention mastoïdienne immédiate. Enfin, le 5 janvier 4944, le malade est obligé de garder le lit.

Le 6 janvier 1911 le D' Julien constate des vomissements qui surviennent 2 ou 3 fois par jour' brusquement, sans effort, en fusées. Céphalée diffuse, état vertigineux intense qui rend la station debout impossible. 7 janvier 1911. — Nous constatons des vomissements à caractère cérébral. Le vertige est si intense que le malade ne peut setenir debout les yeux ouverts. L'instabilité est plus complète les-yeux fermés.

La céphalée ne présente aucune localisation possible. Elle est vague, diffuse, plutôt localisée au vertex. Il est impossible de trouver un point douloureux à la pression même très forte des diverses zones craniennes, zone occipitale, pariétale ou mastoïdienne, qui

sont à diverses reprises longuement explorées.

Pas de gonflement mastoidien. A l'examen de l'oreille on constate une otite chronique suppurée. Le stylet atteint une paroi labyrinthique nécrosée. Le malade a d'ailleurs une paralysie faciale qui a débuté il y a 3 semaines et a été complète. A l'heure actuelle (7 janvier) elle ne se manifeste plus que par une légère prédominance de la musculature du côté gauche de la face et par un léger embarras de la parole. Les paupières se ferment à peu près également.

Le membre inférieur droit-paraît avoir moins de force que le membre inférieur gauche. Pas de troubles de diadocacinésie c'est-à-dire des mouvements volitionnels rapides; pronation et supination normales, pas d'incoordination des mouvements, pas de dysmétrie. Le malade se tient à table comme d'ordinaire, mais diminution de la force musculaire. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de tension de l'orteil droit. Kernig manifeste.

Du côté de l'appareil oculaire on ne constate aucune paralysie, mais quelques secousses nystagmiques spontanées bilatérales très amples dans la position extrême du regard à droite et à gauche. Pouls régulier à 60, température 36°,2. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien hypertendu et limpide dont l'examen fait par Mr le Dr Sergent, directeur de l'Institut Pasteur, donne les résultats suivants ;

Formule leucocytaire	Polynucléaires Grands mononucléaires .	
		78 —
	Eosinophiles	0 —
	Microbes	0 vu

8 janvier 1910. — État stationnaire; le malade est prostré. Il est couché en chien de fusil sur le côté gauche (côté de l'oreille saine). Vomissements 2 fois dans la journée. Il répond assez peu volontiers aux questions qu'on lui pose, le pouls bat à 54.

Température 36°,2.

Une injection d'eau froide dans l'oreille droite (côté malade) fait apparaître presque immédiatement de grandes secousses nystagmiques à droite et à gauche. L'injection faite à gauche détermine la même réaction. Le labyrinthe qui correspond à la caisse malade paraît réagir à l'eau froide de la même manière que le labyrinthe gauche qui est sain. On peut présumer, semble-t-il, de l'absence de paralysie du côté opposé à l'injection que les secousses du nystagmus spontané ont une origine extra-labyrinthique.

Audition à droite et à gauche = 0 au contact.

Le diagnostic est labyrinthite possible avec paralysie faciale, abcès intra-cranien probablement cérébelleux. Nous constatons l'existence du signe de Kernig, du signe de Brudzinski, c'est-à-dire l'élévation du membre inférieur gauche lorsqu'on soulève et fléchit l'inférieur droit sur le bassin.

Jeudi 11 janvier. — Trépanation mastoïdienue au lieu d'élection. Mastoïde d'une dureté extraordinaire; la traversée osseuse est extrêmement pénible. A 2 centimètres et demi de profondeur contre le conduit on rencontre le sinus latéral. L'étage moyen se trouve être découvert le premier. On y fait à la seringue de Pravaz trois ponctions exploratrices sans résultat. Notre plan était d'explorer la partie antérieure du cervelet en passant en avant du sinus latéral. La procidence complète du sinus latéral nous oblige à le dégager et à passer en arrière de lui, mais un vaisseau émané du sinus latéral saigne abondamment et nous oblige à tamponner cette partie duchamp opératoire. C'est alors que, revenant à la dure-mère temporo-sphénoïdale mise à nu, on exécute les ponctions cérébrales qui sont négatives. La dureté du tissu osseux est telle que le ciseau et les gouges ne mordent pas et que la pince gouge est à peu près impuissante.

La résection n'a avancé qu'avec une extrème lenteur imposée par la crainte d'occasionner un traumatisme dangereux pour la collection intra-cranienne présumée. Pour éviter un choc trop sérieux nous décidons d'arrêter l'opération qui a duré une heure et demie, 45 grammes de chloroforme ont été employés.

Le soir bien-être relatif, moins de céphalée, température 39°,6, pouls 64, vomissements.

Le lendemain 12 janvier 1910. Somnolence, 2 vomissements. Le pansement mal odorant est changé; nettoyage de la caisse qui sécrète un pus peu abondant mais très fétide.

Samedi 13 janvier. — Pas de vomissements, pouls 72°, température 36°, 2. Pouls 62. Céphalée diffuse. Somnolence incessante.

Dimanche 14 janvier. - Somnolence encore plus accentuée, tem-

pérature 39°,2. Pouls 62. On constate la disparition du nystagmus spontané bilatéral et l'existence d'un nystagmus spontané à droite (côté malade), en position directe et oblique de l'œil. La céphalée ne présente aucune tendance à une localisation occipitale, elle prédomine plutôt au vertex.

A ce moment nous apprenons, par hasard, par un employé, que le jour de l'opération, on avait présenté à la signature du malade divers papiers d'affaires. La main droite (côté malade) tremblait et les signatures furent illisibles. On se souvint également que plusieurs jours avant l'opération, alors que le malade était à table avec sa famille, il lui arriva à diverses reprises de prendre sa nuque entre ses mains en se plaignant de violentes douleurs. Ces deux indications, nous n'avions pu les obtenir malgré des interrogatoires précises et réitérées ni du malade obnubilé ni de sa famille affolée. Ces renseignements nouveaux venaient après coup confirmer la localisation cérébelleuse qui nous avait paru la plus probable dès le premier instant. La paralysie faciale elle-même, explipliquée au début par la lésion de l'oreille moyenne, pouvait entrer dans la symptomatologie d'un abcès cérébelleux.

Lundi 15 janvier. — Température 36°, pouls 44, pas de vomissements, somnolence et inappétence. On dénude péniblement le sinus latéral. En avant de ce vaisseau, hémorragic d'une veine afférente. En avant du sinus, on décolle la dure-mère de la face antérieure du rocher avec la rugine fine, légèrement coudée, qui sert à décoller la muqueuse dans les résections de la cloison nasale. A 4 centimètres du sinus on évacue un abcès. Le pus remplit la brèche opératoire; il est extrêmement fétide. Son épaisseur est telle que la seringue de Pravaz, sans l'aiguille, ne peut l'aspirer. Trois ou quatre cuillerées à soupe au moins sont évacuées. Drain non fenêtré enfoncé dans la direction de l'ouverture le long de la face postérieure du rocher.

L'opération terminée, le pouls remonte à 70. A 2 heures après midi pouls 72, le soir température 37°. Pas de vomissement, soulagement très appréciable du malade qui est sorti de sa somnolence et demande à s'alimenter. Diminution du nystagmus spontané de l'œil droit en position oblique, nystagmus disparu en position directe.

Les jours suivants l'état du malade s'améliore rapidement, la céphalée a disparu ainsi que le vertige. La torpeur dans laquelle était plongé le malade fait place à une satisfaction profonde. L'appétit se réveille. Le nystagmus spontané persiste jusqu'au 25 janvier, c'est-à-dire 9 jours après l'opération, il se manifeste par quelques secousses lentes, visibles en position oblique seulement.

Le 26 janvier. — Pouls 76, température 37°. Excellent aspect de la plaie opératoire. Comme tous les jours une mèche est introduite dans le tunnel, limité en avant par la face postérieure du rocher, en arrière par la face antérieure du cervelet. Le stylet pénètre à 6 centimètres. Au fond de la cavité on voit des battements.

Examen: A gauche (côté sain), audition et diapason normaux. A droite diapason vertex et frontal entendu par l'oreille malade lorsqu'on le place à droite de la ligne médiane. Montre = 0. Weber localisé à gauche.

Irrigation froide à gauche = nystagmns immédiat à droite, vertige semblable au vertige spontané antérieur à l'opération, mais beaucoup plus fort par l'irrigation. En même temps rotation des objets de la gauche (côté sain) vers la droite. Le labyrinthe vestibulaire est donc loin d'être détruit. Le labyrinthe cochléaire antérieur paraît fonctionnellement supprimé.

Irrigation froide à droite = pas de nystagmus à gauche, la chute du conduit causée par l'opération rend l'expérience peu probante.

La station debout les pieds joints et les yeux fermés est parfaite. Le 27 janvier. — L'introduction de la mèche provoque un écoulement de liquide céphalo-rachidien qui dure jusqu'au lendemain. Ce jour-là, céphalée, température 38°, 6. Le surlendemain température 36°, 8, pouls 75.

Le 14 mars 1910. — Le malade, dont l'état général et local avait été parfait depuis 6 semaines, accuse de vives douleurs qui viennent par lancées depuis quelques jours et qui siègent dans la région temporo-pariétale. Il a de temps en temps quelques heures d'insomnie, pas de nystagmus spontané même en position oblique, mais il a fait il y a quelques jours une petite élévation de température. La station debout, les pieds joints, les yeux ouverts, et surtout fermés, est mal assurée. Ces accidents disparaissent en quelques jours.

La plaie opératoire est réduite aux dimensions du petit doigt. Le trajet rétro-pétreux est maintenu par une mèche qui chaque matin est retirée couverte de pus mal odorant à une profondeur de 4 centimètres, comptés à partir de la partie la plus profonde de l'entonnoir osseux.

Le 6 novembre 1910. — Depuis l'évacuation de l'abcès cérébelleux, c'est-à-dire depuis 9 mois, le malade a été régulièrement pansé tous les deux jours. Les plus grands soins ont été apportés à empêcher la fermeture de la plaie opératoire dont la partie la plus profonde évacue un pus abondant et fétide. La plaie osseuse est-épidermisée depuis longtemps. La plaie intra-cranienne est réduitc à un tunnel de 7 à 8 millimètres de diamètre dans lequel le stylet

pénètre à 4 centimètres. Une mèche stérilisée y est modérément tassée tous les 2 jours.

La suppuration de la caisse reste très minime, mais incessante et fétide, malgré les traitements locaux les plus variés.

L'état général du malade est meilleur qu'il n'avait été un an avant la maladie actuelle ; il a plus d'appétit et déploie une grande activité malgré nos conseils.

Le 5 novembre 1910. — Il a pu comme à l'ordinaire descendre sans aide ses 5 étages, mais arrivé dans la rue il s'estsenti pris de vertiges; il a pu regagner son domicile sans aide

Le 7 novembre il garde la chambre. Dès qu'il essaie de marcher titubation telle qu'il ne peut faire plus de 2 ou 3 pas, station debout facile les yeux ouverts, impossible les yeux fermés et les pieds joints. Pas de nystagmus spontané en position directe ou oblique. Deux vomissements dans la journée survenus de suite après l'absorption d'aliments. Céphalée diffuse prédominant légèrement à droite (côté malade). Pas de troubles de la force musculaire dans les membres inférieurs ou supérieurs. Les jours précédents, embarras intestinal.

10 novembre. — Etat général amélioré. Romberg positif, vomissements disparus. A gauche Rinne positif, à droite (côté malade), Rinne négatif. Montre = entendue à gauche, à droite = 0 au contact. Diapason entendu à droite, audition renforcée par la fermeture de l'oreille gauche.

Épreuve de l'eau chaude. Le malade est couché. A gauche (côté sain). L'irrigation détermine immédiatement du nystagmus à gauche, vertige intense. Les objets sont entraînés de la droite vers la gauche (côté réchauffé).

Eau chaude à droite = quelques secousses nystag miques nettes, pas de vertige.

Eau froide à gauche = secousses nystagmiques amples et très nettes à droite avec vertige objectif de droite à gauche.

Eau froide à droite — quelques petites secousses nystagmiques. Opération : A un centimètre en arrière du bord postérieur du conduit apparaît l'orifice fistuleux tamponné par une mèche et aboutissant dans la fosse cérébelleuse. Le sinus a été refoulé en arrière dans le 4er temps opératoire. Il n'y a pas de région mastoïdienne. Entre le bord postérieur du conduit et la fosse cérébelleuse, le rocher a une épaisseur de 4 centimètre 5. Évidement partant de la caisse, curettage de l'oreille moyenne, suppression de la paroi postérieure du conduit osseux. Le facial est surveillé constamment par le chloroformisateur. On ne voit à aucun mo-

ment de contraction de la face et cependant au réveil on s'aperçoit que le nerf a été atteint.

La brèche opératoire, visible à travers le pavillon largement réséqué, est constituée par une cavité dont la paroi antérieure est la paroi antérieure du conduit auditif externe et de la caisse, la face postérieure est constituée par la face antérieure du cervelet.

30 janvier 1911. — Épidermisation parfaite. Amélioration très notable de la paralysie faciale. En somme, état général et local excellents jusqu'à ce jour.

STÉNOSE NASALE ET ADHÉRENCE LINGUALE, CONSÉCUTIVES A UNE PLAIE PAR ARME A FEU. GUÉRISON PAR INTERVENTION OPÉRATOIRE (4)

Par L. BAR.

Chirurgien otorhinolaryngologiste de l'Hôpital de Nice.

Parmi les nombreux traumatismes auxquels peut être du l'effondement de la voûte nasale les plaies par armes à feu sont une des causes les plus fréquentes. Une fois la charpente du nez détruite, la voûte s'affaisse, le nez est écrasé à sa racine, et il en résulte la formation en ce point d'un sillon profond, d'autant plus marqué que les os du nez sont euxmèmes plus ou moins altérés. A cet aspect hideux de la physionomie s'ajoutent les inconvénients plus graves capables de retentir sur la santé générale, comme ceux qui résultent d'une sténose nasale.

G..., cultivateur âgé de 30 ans, jugea tout à coup important de se détruire. Dans ce but il chargea de gros plombs un fusil ordinaire, se coucha sur le dos et ayant ajusté le canon de cette arme immédiatement en arrière du corps du maxillaire inférieur, sous la région mentonnière, il fit au moyen du gros doigt du pied droit déclancher la gâchette et partir le coup. Celui-ci, faisant balle, fracassa l'arcade dentaire inférieure et supérieure dans sa partie moyenne, labourant la partie inféro-antérieure de la base de la langue, détruisant la partie antérieure du plateau horizontal de la voûte palatine, la cloison médiane et les cornets des fosses nasales, pour sortir à l'angle interne de l'œil droit, non sans avoir brisé aussi les os du nez.

Cet important traumatisme n'ayant été suivi d'aucune complication remarquable, le malade fut guéri après un laps de temps relativement court.

Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1912. Paris.

Plus tard, c'est-à-dire deux ans après, les cicatrices étant complètement établies et les consolidations osseuses faites, le patient se présenta à nous dans l'état que voici: l'appendice nasal était réduit en un moignon informe dont le lobule seul est à peine respecté, le dos du nez était effondré et l'orifice antérieur réduit à une ouverture imperceptible à gauche, mais assez large à droite, sans profondeur et limitée par une sténose de l'intérieur des fosses nasales. Respiration uniquement buccale. La bouche avait souffert aussi. Elle faisait apercevoir une voûte palatine extrèmement rétrécie en avant par les rapprochements osseux et cicatriciels des parties détruites. Il y avait adhérence complète de la partie antérieure de la langue dans toute la partie sublinguale, au point de rendre très difficile l'usage de la partie.

Les conséquences directes de cet état de choses furent que le malade, très gêné par l'émission de la voix, non seulement s'exprimait depuis avec les plus grandes difficultés, mais qu'en outre, obligé de respirer uniquement par la bouche, il avait de fréquentes pharyngites. De plus existait d'une façon permanente une sécheresse de la gorge, incommode surtout pendant la nuit, dont le sommeil se trouvait ainsi troublé par les fréquents réveils que nécessitait le besoin d'étancher la soif profonde.

Une intervention opératoire fut jugée indispensable et réglée de la facon suivante :

1º Rétablir la perméabilité nasale ;

2º Libérer de ses adhérences la langue et lui rendre sa mobilité. L'anesthésie de la région intranasale étant obtenue après une injection de chlorhydrate de cocaïne, muni d'un bon miroir réflecteur nous entreprenons l'opération. Le bistouri, les ciseaux coudés et la scie de Boswort furent tour à tour employés à détacher de la cavité nasale les fragments osseux et cartilagineux qui après l'explosion avaient encombré les cavités nasales et par cicatrisation les avaient définitivement sténosées. Nous eûmes ainsi la satisfaction de retirer entre autres un gros fragment d'os appartenant très probablement à la voûte palatine et d'établir ainsi un tunnel unique mais définitif tenant pour l'avenir lieu de fosse nasale. Le malade pouvait désormais continuer à respirer franchement par le nez ainsi restauré.

Il fallait entreprendre ensuite la libération de la langue. Or le premier point à poursuivre était de ne pas la libérer si fortement que, privée de son insertion antérieure, obéissant à son propre poids, elle ne tombât en arrière, abaissant l'épiglotte; ce qui, outre le désavantage d'un pareil état, resterait pour le patient une perpétuelle menace d'asphyxie. Pour cela il v avait à retrouver et à respecter le frein de la langue, à découvrir si possible les canaux de Warthon et ceux de Révinus et enfin à ne pas ouvrir inutilement la bourse muqueuse de Fleischman immédiatement située au-dessous de la pointe de la langue et en arrière du frein lingual. A vrai dire, au milieu des désordres causés par l'explosion et établis par cicatrisation consécutive, il était difficile de se reconnaître dans la région, mais il nous parut rationnel pour ne léser aucun organe de disséquer très exactement et très prudemment le plan immédiat au-dessous de la langue, de la pointe vers la base, de chaque côté, sans léser la partie médiane pour respecter le frein lingual. Nous libérâmes ainsi la langue sur une étendue telle que la pointe pût s'appliquer à la voûte palatine par sa face inférieure, qu'elle pût être projetée en avant à travers l'orifice buccal à une certaine distance et que latéralement il lui fût possible de s'infléchir au point de parcourir tout l'espace compris entre les lèvres et les joues d'une part, les arcades alvéolaires et dentaires de l'autre. De plus le malade fut soumis au régime lacté et à des gargarismes antiseptiques pour prévenir toute infection. Tout était cicatrisé en moins d'une semaine. Désormais en possession de la liberté de sa langue et de la ventilation nasale, le malade put être considéré comme guéri.

On s'étonnera peut-être de ce que rien n'ait été entrepris en vue de remédier à la difformité de la face, car de tout temps les chirurgiens ont fait de grands efforts à ce sujet, essayant d'y porter remède par la rhinoplastie. Cette opération en effet qui nous vient de l'Inde, imaginée là dans le but de corriger les effets de l'ablation du nez dont on y punissait les malfaiteurs, devrait évidemment trouver sa place en pareil cas. Son exécution n'est pas très difficile. Elle est toutefois peu tentante, car soit qu'on applique la rhinoplastie, selon la méthode indienne en empruntant un lambeau de la peau du front et le rabattant après en avoir tordu le pédicule; soit que selon la méthode italienne de Tagliacozzi on prenne le lambeau à l'avant-bras, le laissant fixé à la tête pendant tout le temps nécessaire à la réunion avant d'en détacher le pédicule; soit enfin que selon la méthode française on se serve pour réparer l'organe des téguments limitrophes en leur imprimant un mouvement de glissement sans en tordre le pédicule; aucun de ces procédés ne saurait retenir définitivement l'attention. En effet dans le cas présent la dernière méthode peut paraître la meilleure à entreprendre, mais nous ne saurions oublier cependant que, quelle que soit la méthode à employer, lorsque la charpente du nez a été préalablement détruite, l'opération ne donne d'autre résultat qu'une masse charnue, informe, flasque, sans soutien et qui finit le plus souvent par s'atrophier et se rétracter.

Pénétré de la valeur de tels arguments défavorables, bien mis en lumière par Tillaux, nous avons préféré nous abstenir et renvoyer à sa charrue ce suicidé guéri.

NOTES DE TECHNIQUE

CAUTÈRE GALVANIQUE A LAME PROTÉGÉE POUR SECTIONNER LES DENTIERS EN CAOUTCHOUC ENCLAVÉS DANS L'OESOPHAGE (1)

par CLAOUÉ (Bordeaux)

J'ai l'honneur de vous présenter un cautère en forme de serpette dont la lame de platine est protégée et qui m'a très utilement servi dans un cas où il fallait sectionner un dentier en caoutchouc enclavé dans l'œsophage.

Ce dentier était fortement enclavé à 24 centimètres environ de l'arcade dentaire supérieure et comme toujours orienté dans le plan frontal. L'œsophagoscope dilatateur d'abord utilisé dilatait bien l'œsophage au-dessus du corps étranger, mais non au niveau du dentier qui restait fixé.

J'introduisis le cautère à plat en suivant la paroi postérieure de l'œsophage, puis je le retournai de façon à accrocher le dentier par son bord inférieur. A ce moment je tirai vers moi en faisant passer le courant à petits coups, en même temps qu'avec le tube œsophagoscopique, je faisais contre-pression sur le bord supérieur du dentier. La section fut très facile et, une fois la fumée intense aspirée, on put extraire les deux fragments.

Déjà dans le livre classique de Gottstein on voit représenté un cautère conseillé par Mikulicz dans le même but; mais ce cautère galvanique rectiligne nullement protégé semble très dangereux et de fait n'a que je sache jamais été utilisé.

⁽¹⁾ Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 4912.

Killian recommande l'anse galvanique; malheureusement il sera exceptionnel qu'on puisse passer l'anse pour enserrer le corps étranger. Plus récemment (Congrès de Berlin 1911) Tapia (de Madrid) a utilisé un cautère en fourche ou plus exactement ayant la forme de la lettre A, dont la petite branche transversale représente la partie incandescente. Le cautère est placé à cheval sur le bord visible du dentier et on sectionne en poussant de haut en bas. Reste à savoir si, par cette pression de haut en bas, on ne risque pas : soit de propulser le corps étranger plus bas, si l'enclavement cesse, soit de léser les parois œsophagiennes sur lesquelles se transmet directement la pression.

On a aussi conseillé des pinces coupantes de modèles divers. Mais les unes sont trop volumineuses et vraiment pas maniables à travers un tube œsophagoscopique (telle la pince de Makkas); les autres, plus graciles et sur le principe de la pince cranienne de Dalgreen (pinces de Kahler, de Guisez, etc.) ne sont pas assez puissantes.

Mais mon but est moins de faire une étude critique de l'instrumentation conseillée que de présenter simplement un instrument qui m'a rendu service et qui pourra en rendre à d'autres (1).

⁽¹⁾ Ce cautère est fabriqué par Heller, cité Trévise, à Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE (1).

Section de Laryngologie.

Séance du 7 avril 1911.

Président: WATSON WILLIAMS.

HERBERT TILLEY. — Uvulotomie pour tumeur.

HERBERT TILLEY. — Modifications du pharyngoscope de Hays.

Walter Howard. — Uncas de laryngite chronique. — Le malade a été badigeonné pendant deux ans avec une solution d'iodure de potassium.

WILLIAM HILL. — Laryngostomie. — Enfant de 8 ans, trachéotomisée à l'âge de 3 ans, restée canularde depuis : en traitement depuis six semaines par la laryngostomie.

Discussion.

HERBERT TILLEY a eu un cas analogue à traiter. La lumière du cricoïde était pour ainsi dire remplacée par un tissu cicatriciel. Il a été très difficile d'empêcher la récidive de cette sténose même aprés résection du tissu cicatriciel. Le traitement a demandé de longs mois de patience.

DE SANTI. — L'intubation dans ces cas, surtout chez les adultes, est peine perdue.

DUNDAS GRANT n'a pas de résultats très encourageants avec la laryngostomie. Personnellement, il a eu des résultats excellents avec l'intubation. Deux cas laryngostomisés par lui sont morts, tandis qu'un autre cas soigné par l'intubation peut être considéré comme guéri depuis dix ans. Il faut intuber avec le plus large tube supportable.

 Compte rendu par Lautmann, d'après Journal of Laryngologie 1911, nºº 6-7.

SAINT-CLAIR THOMSON trouve que ces cas sont si rares que chacun devrait être publié. Depuis qu'on fait davantage de trachéototomie basse ces cas sont plus rares. Les Américains obtiennent des résultats étonnants avec l'intubation en laissant des tubes continuellement nuit et jour pendant des mois et des années. Saint-Clair Thomson voudrait faire remarquer que ces cas sont menacés par la bronchite septique. En terminant il raconte qu'un enfant atteint de cornage a été examiné par un chirurgien, avec l'autoscope, Supposant qu'il y avait quelque chose dans l'espace sous-glottique, il exécute une larvngo-fissure mais ne trouve rien. C'est alors qu'après avoir laissé une canule de trachéotomie, il propose aux parents une laryngo-trachéostomie. C'est dans ces conditions que Thomson voit l'enfant. L'enfant meurt brusquement dans la nuit et à l'autopsie on trouve une canule trachéale dans la trachée ayant fortement irritée celle-ci. Une autre trouvaille intéressante était que les poumons portaient des traces manifestes d'une bronchite septique ne s'étant révélée par aucun symptôme. Saint-Clair Thomson croit que la larvngo-trachéostomie est en train d'être délaissée.

Watson Williams trouve que Hill n'a pas rencontré beaucoup d'encouragements au sein de la Société, mais il espère que la

méthode pourra être améliorée.

Hemington Pegler. — Aphonie nerveuse chez un garçon de 15 ans. — Le cas est présenté parce qu'il concerne un garçon.

Discussion.

FITZGERALD POWELL rappelle qu'une aphonie nerveuse peut se développer à la suite d'une laryngite ordinaire.

Dundas Grant a vu également l'aphonie survenir à la suite d'une laryngite. Déjà Morel Mackenzie avait conseillé d'examiner à ce sujet et de s'enquérir d'une tuberculose possible avant de diagnostiquer l'aphonie nerveuse pure.

Dundas Grant a vu un cas d'aphonie nerveuse disparaître simplement à la suite de l'examen laryngoscopique; pourtant les cordes étaient rongées et dans les poumons il y avait une infiltration tuberculeuse.

Jobson Hornde. — Tuberculose du larynx. — Chez un garçon de $40\,$ ans.

Saint-Clair Thomson. — **Epithéliomasténosant du larynx** chez un homme de 23 ans.

Dans la discussion, plusieurs membres se sont prononcés contre le diagnostic d'épithélioma, malgré l'opinion des anatomo-pathologistes.

Séance du 5 mai 1911.

Président: WATSON WILLIAMS.

Présentation de cas de sinusite frontale.

Cas 1, présenté par Saint-Clair Thomson. Ce cas a été opéré sur la demande expresse du malade pour la débarrasser de ses maux de tête. L'opération faite par Killian a donné un résultat fonctionnel esthétique excellent.

Cas 2, présenté par Saint-Clair Thomson montre la guérison d'une pansinusite du côté droit. Résultat fonctionnel excellent. La suppuration a disparu, mais il persiste une dépression dans la région frontale.

Cas 3, présenté par Saint-Clair Thomson. Homme de 22 ans opéré d'une sinusite et ethmoïdite double. Il persiste un peu de suppuration dans la région ethmoïdale. La céphalée a disparu.

Cas 4, présenté par lawin Moore. Malade de 50 ans, opérée d'une pansinusite, dans un très mauvais état général, est présentée presque entièrement guérie, deux mois après l'opération.

Cas 5, présenté par lawin Moore. Garçon de 48 ans ayant subi plusieurs opérations endo et extra-nasales, opéré pour céphalée et écoulement suppuré abondant. Le malade n'est pas entièrement guéri.

Cas 6 et cas 7 présentés par STUART Low. Deux jeunes femmes opérées avec bon résultat d'après Ogston-Luc.

WATSON WILLIAMS. — Etat actuel du traitement de la sinusite frontale. — Le traitement diffère s'il s'agit d'une sinusite aigué ou d'une sinusite chronique. Dans la sinusite aigué l'appareil de Brunings, sudation à l'aide de lampes électriques, donne des résultats excellents. Néanmoins il existe des cas de sinusite aigué qui demandent l'intervention, soit l'ablation de la tête du cornet moyen, de la bulle ethmoïdale et d'autres cellules ethmoïdales antérieures et, en cas d'échec, surtout s'il existe une inflammation du tissu mou, il faudra ouvrir le sinus et faire des lavages. En tous casi annales des maladies de l'oreille et du laryn, t. xxviii, nº 11, 1912, 36

faut s'abstenir, dans les cas aigus, de curetter la muqueuse. L'intervention doit être plus étendue s'il s'agit de grosses lésions osseuses ou de complications endo-crâniennes. Pour le traitement de la sinusite chronique, l'auteur constate que tout le monde devient de plus en plus conservateur. Malgré qu'il défende très énergiquement la nécessité d'une cure radicale par voie externe dans certains cas, il est convaincu que les moyens endo-nasaux suffisent dans un nombre considérable de cas, même s'ils n'arrivent pas à donner une cure radicale et une disparition complète de tous les symptômes. A propos de ces moyens endo-nasaux pour guérir la sinusite frontale, on a proposé des méthodes tendant à l'élargissement du canal naso-frontal. Parmi les auteurs s'étant occupés de cette méthode le rapporteur cite Spiess, Halle, Fletcher Ingalls. Il ajoute qu'il n'a jamais exécuté cette sorte d'opération; où a-t-il vu un malade ainsi opéré? Dans une lettre particulière Fletcher Ingalls lui affirme que l'ouverture large du sinus frontal par voie endo-nasale d'après sa méthode est aussi sûre que n'importe quelle méthode proposée jusqu'à présent, pour la guérison de la suppuration du sinus frontal, 95 p. 400 des cas guériront dans l'espace de 2 semaines à 6 mois. Les autres devront subir l'intervention externe. W. W. dit qu'on serait tenté d'adopter cette méthode de traitement si on ne songeait pas que la résultante d'une intervention analogue pourrait être une sténose cicatricielle et si on ne songeait pas à la difficulté qu'on a de nettoyer tout le pourtour ethmoïdal également malade. Mais ce qui plus est c'est que dans un grand nombre de sinusites chroniques, le canal naso-frontal est déjà assez large et l'opération en somme ne tendrait qu'à établir des conditions qui existent déjà mais qui ne suffisent pas à la guérison. Du reste, on exagère trop l'importance de l'obstruction du canal naso-frontal dans la genèse de la sinusite frontale. Parmi les indications pour l'opération radicale, W. W. mentionne aussi une dépression mentale attribuable à la céphalée ou à la suppuration chronique et l'érysipèle récidivant de la face. Il est impossible de proposer une seule opération : au contraire, il faudra réserver pour chaque cas le mode opératoire qui lui convient. Qu'il soit permis à l'auteur d'ajouter qu'il préfère sa méthode ostéo-plastique personnelle au procédé de Killian, parce qu'elle donne un meilleur accès à toutes les parties malades. Il préfère la méthode de Killian seulement s'il existe une fistule ou si le sinus a déjà été ouvert par en bas. Il est inutile de faire une statistique de ces cas opérés, précisément parce qu'ils ne se ressemblent pas entre eux. Personnellement il a exécuté, 28 cures radicales pour sinusites frontales, 41 cas ont été

guéris (3 d'après Killian, 7 d'après Watson Williams, 1 les deux méthodes combinées), 43 ont été améliorés (4 K. et 9 W. W.) 2 légèrement améliorés, 2 non améliorés. Parmi ces malades se trouvent des clients d'hòpital et des malades privés. Ce sont les derniers qui ont donné les meilleurs résultats probablement parce qu'ils sont plus soigneux. Tous les malades opérés par Watson Williams souffraient de céphalée et mouchaient du pus depuis des années.

Discussion.

HERBERT TILLEY trouve le rapport de Watson Williams très complet et ne voudrait ajouter que quelques remarques. Quand une sinusite aiguë devient-elle chronique? Personnellement il serait d'opinion que si une sinusite persiste encore après six semaines il y a peu de chances de la guérir par des lavages, même si on a enlevé la tête du cornet moven et établi ainsi le drainage libre du sinus. Dans la dernière période d'influenza, H. T. a eu occasion de traiter 5 cas de sinusite frontale par des lavages, dont 4 seul a été complètement guéri par ce traitement. Ces cas se sont présentés à lui cinq ou six semaines après le début de l'influenza. Sans prétendre que ces cas doivent subir une opération par voie externe il est néanmoins d'avis qu'ils ne peuvent pas guérir autrement. Le traitement par les vaccins paraît à Herbert Tilley inefficace Dans les dernières 18 années, un seul cas de sinusite frontale a guéri par la vaccinothérapie. Le vaccin a été préparé et administré par sir Almroth Wright. Quant à la question de l'indication pour l'opération dans la sinusite frontale chronique, Herbert Tilley est devenu très conservateur et c'est à peine s'il opère maintenant 4 ou 5 sinusites frontales par an. Il se rappelle seulement 3 cas dans lesquels on pouvait affirmer que réellement la mort des malades est survenue parce que leur sinusite frontale n'a pas été opérée. Par contre, il connaît au moins une douzaine de cas, non seulement de sa clientèle personnelle mais aussi de la clientèle de ses confrères, dans lesquels la mort a été une suite directe de l'opération et ceci chez des personnes qui avant l'opération étaient en parfaite santé excepté un écoulement purulent et des céphalées intermittentes. Aujourd'hui Herbert Tilley se dit que si, après ablation du cornet moyen, il peut facilement entrer dans le sinus frontal et le laver de temps en temps il se contente de débarrasser de cette façon son malade des principaux ennuis au lieu de risquer l'opération par voie externe.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Ceux qui ont opéré beaucoup de cas de sina-

site frontale en opèrent moins maintenant. On sait qu'une fatalité peut arriver au meilleur chirurgien. On ne peut pas savoir ce que deviennent les malades chez lesquels on n'opère pas les sinusites. Personnellement il a publié deux cas de mort dus uniquement à la sinusite sphénoïdale non traitée et il connaît 40 autres cas dans la littérature. Il est possible qu'il existe beaucoup de cas dans lesquels le diagnostic n'a jamais été fait. Parmi les indications pour l'ouverture du sinus frontal, Saint-Clair Thomson place en premier lieu la céphalée. Les 3 cas présentés par lui à la Société ont été opérés pour une céphalée insupportable. D'avoir du pus dans le sinus frontal n'est pas aussi dangereux qu'on le croit généralement, mais d'opèrer un sinus frontal est plus dangereux que beaucoup ne se l'imaginent.

Donelan a vu un malade qui, au cours d'une grippe, a fait une sinusite frontale double et une sinusite sphénoïdale terminées par une méningite mortelle.

STEWARD, pour montrer la valeur du libre écoulement du pus dans la sinusite frontale au point de vue de la guérison, voudrait mentionner brièvement les deux cas suivants. Le premier cas concerne une femme de 42 ans qui est venue consulter pour une céphalée terrible et qui présentait tous les symptòmes d'une sinusite fronto-ethmoïdale. Un traitement endo-nasal n'a donné que peu de résultats. La malade a refusé l'opération par voie externe. Sept ans plus tard, sans aucun autre traitement, cette femme était complètement guérie et de la maladie et de ses symptòmes. Le deuxième cas concernant la femme d'un médecin a été soigné 7 ans et le résultat a été analogue au premier cas.

Chichele Nourse. — Les lavages du sinus frontal lui paraissent un moyen purement palliatif. Il s'associe pleinement à ce qui a été dit sur la largeur du canal non frontal dans les cas de sinusite frontale. Il ne croit pas que la céphalée dans la sinusite frontale soit due à la rétention du pus. Ch. N. n'hésite pas à opérer et choisit l'opération de Ogston-Luc qui jusqu'à présent ne lui a pas donné un seul cas de mort.

DAN MACKENZIE croît que cette discussion marquera un point historique dans le traitement de la sinusite frontale. On peut dire que la plupart des orateurs sont d'avis que la meilleure opération dans les meilleures conditions n'amène pas sûrement la suppression et ne garantit pas la vie de l'opéré. La cause la plus fréquente de la mort est l'ostéomyélite et non pas la méningite. A quoi est due cette ostéomyélite? Nous ne savons rien pour le moment à ce sujet. Personnellement, Mackenzie a eu un cas de mort due à l'ostéomyélite. Il est convaincu que quiconque fait une expérience analogue ne l'oubliera pas de sitôt. Il aime mieux faire des lavages pendant longtemps que de voir son client mourir, non pas de la maladie, mais de l'opération.

IRWIN MOORE dit qu'il a une grande expérience dans la sinusite frontale ayant eu occasion d'en voir beaucoup de cas chez Saint-Clair Thomson. Par les cas présentés au début de la séance, on peut se rendre compte de combien l'opération de Killian est supérieure à tous les autres procédés quand il s'agit de faire une cure vraiment radicale de la sinusite frontale.

DUNDAS GRANT rappelle qu'il a toujours préconisé le traitement endo-nasal dans la sinusite frontale. Il croit devoir faire remarquer que personne n'a parlé du traitement par l'aspiration dans les cas aigus. Quant aux opérations de la sinusite frontale chronique, il se rappelle un cas chez lequel il a conseillé l'opération par voie externe et qui a guéri par des pulvérisations au menthol. Quand une opération est nécessaire, il donne ses préférences au Killian. Personnellement il a constaté deux cas de décès post-opératoires dus à l'ostéomyélite.

STUART Low. — L'ablation des deux tiers du cornet moyen s'impose autant dans la sinusite frontale aiguë que chronique.

L'opération de Ogston-Luc lui a donné des bons résultats et il ne croit pas nécessaire de s'adresser à des interventions aussi larges et hasardées que l'opération de Killian ou de Watson Williams.

Watson Williams résume la discussion. Il félicite ceux des membres qui ont présenté des cas de sinusite frontale guéris par des interventions externes. L'ostéomyélite est actuellement reconnue comme un des plus grands dangers de l'opération de la sinusite frontale par voie externe. Il est regrettable que nous ne puissions pas savoir exactement à quoi est due cette fatale complication.

Séance du 1er Juin 1911 (1).

Président : WATSON WILLIAMS.

Watson Williams. — **Présentation de malades**. — Les malades sont présentés pour montrer les résultats obtenus dans la cure ra-

Compte rendu par Lautmann, d'après Journal of Laryngology, 1911, N° 10

dicale de la sinusite frontale, par la méthode ostéo-plastique de Watson Williams. Parmi ces malades s'en trouvent qui ont été opérés sans succès auparavant par d'autres méthodes.

Discussion.

Herbert Tilley aurait bien désiré voir faire cette opération. Il croit que dans ce procédé, comme dans tous les autres, le résultat esthétique dépend des dimensions du sinus. L'opération de Killian donne un jour excellent sur le sinus et lui paraît sous ce rapport préférable au procédé de Watson Williams.

Cathcart trouve que l'opération de Watson Williams paraît plus compliquée à la description qu'elle ne l'est eu réalité. Elle permet d'éviter les parties dangereuses et donne un jour suffisant.

Watson Williams ne prétend pas que son procédé soit le meilleur dans tous les cas. Quand le sinus est profond tous les procédés laissent une dépression.

Wright.— a. Infection de l'orbite consécutive à une ouverture du sinus ethmoïdal. — Chez une malade de 36 ans, à la suite de l'ouverture endo-nasale du sinus ethmoïdal, il s'est développé un hématome de l'orbite qui est entré en suppuration et à dû être incisé. Comme résultat, il persiste un peu de chute de la paupière supérieure et un léger degré d'ectropion.

b. Paralysie du moteur commun de l'œil consécutive à une ouverture du sinus ethmoïdal. — Chez un homme de 36 ans, à la suite de l'ouverture endo-nasale du sinus ethmoïdal, même accident que dans le cas précédent avec, comme conséquence terminale, une chute légère de la paupière supérieure après paralysie de tous les muscles innervés par le moteur commun de l'œil.

Saint-Clair Thomson. — Sur les relations des affections du nez et des sinus du nez avec les affections de l'œil et de l'orbite. Résumé court et vivant de nos connaissances sur ce sujet.

Discussions.

RICHARDSON CROSSE insiste surtout sur les relations des sinusites avec les affections de l'œil. Il ne faut pas exagérer ces relations, mais il peut certainement exister des cas dans lesquels le rhinologiste peut apporter l'explication à l'oculiste. Ces cas concernent surtout les sinusites du groupe postérieur. Les lésions dans ce cas concernent plutôt le tronc du nerf que la papille. On constate ces troubles surtout dans la recherche du champ visuel et on constate une diminution dans le quadrant temporal supérieur.

Wallis a examiné une cinquantaine de sinusites chroniques et a pu constater le rétrécissement du champ visuel chez ces malades sans autre trouble oculaire. Ce trouble était surtout marqué dans les cas de sinusites du groupe postérieur. Parmi ces cas on peut également trouver les scotomes centraux. Quant la sinusite est de date relativement récente une opération peut amener la guérison. Dans les cas chroniques il ne faut pas y compter, mais la complète cécité est également très rare dans ces cas.

Dundas Grant. — On a beaucoup exagéré l'influence des petites affections nasales sur les troubles de la réfraction et de la sécrétion de l'œil. Ces relations existent et Dundas Grant a guéri une femme d'une iritis à répétition par une résection du pôle antérieur du cornet moyen. De même il a guéri une névrite rétro-bulbaire par ablation du pôle postérieur du cornet moyen dans deux cas. Par contre, il a vu, à la suite d'un curettage du sinus ethmoïdal, se développer une névrite bulbaire avec diminution notable de la vision de l'œil gauche. Il a fallu ouvrir ensuite le sinus sphénoïda pour guérir cette névrite rétro-bulbaire. Des opérations endonasales peuvent retentir sur les voies lacrymales. Dundas Grant a vu, à la suite de l'ouverture endo-nasale du sinus maxillaire, se développer un épiphora probablement dù à une lésion du canal naso-lacrymal. Dernièrement il a vu un cas analogue opéré par un autre chirurgien.

Séance du 1er décembre 1911 (1).

Président : SAINT-CLAIR THOMSON.

Jobson Horne. — Trois cas de syphilis du pharynx. — Le premier cas est intéressant par le grand nombre de perforations que présente le malade. Les perforations du pilier postérieur sont rares. Il faut dans ces cas-là penser aussi aux perforations congénitales et surtout aux perforations dues à la fièvre scarlatine.

⁽i) Compte rendu par Lautmann, d'après Journal of. Laryngology, 1912, n° 3,

William Hill. — Immobilité de la corde vocale gauche et tirage. — Il s'agit d'un anévrisme de l'aorte.

Discussion.

Permewan rappelle la violente opposition qu'il a provoquée il y a quelques années avec l'affirmation que presque tous les cas de paralysie de la corde vocale gauche sont dus à l'anévrisme. Il est de plus en plus convaincu de cette cause de la paralysie, même si l'examen clinique ne permet pas de diagnostiquer l'anévrisme.

Woods a trouvé que si la paralysie de la corde était due à un anévrisme, on trouvait toujours du tirage de la trachée.

SAINT-CLAIR THOMSON admet avec difficulté encore que l'anévrisme soit la cause de la paralysie de la corde vocale dans 50 p. 400 des cas. Il rappelle les cas de paralysie de la corde vocale gauche suivis par lui et guéris par l'opération du goître.

Hill a vu beaucoup de cas de paralysie de la corde vocale gauche, mais rarement il a pu se convaincre de l'existence de l'anévrisme. En tous cas, on peut dire que la paralysie d'une corde vocale gauche est toujours un symptòme sérieux, quoiqu'on connaisse des cas de guérison complète.

William Hill. — Corps étrangers retirés par bronchoscopie supérieure chez un enfant de 13 ans. — Il s'agit d'un marron dont une partie a été retirée avec l'aspirateur de Brunings. L'enfant a dû être intubé 12 heures après la séance. Hill dit que la bronchoscopie inférieure facilite davantage l'extraction du corps étranger, mais lui paraît moins artistique.

Kelsen. — Laryngite tuberculeuse. — Le cas est présenté pour montrer que la guérison de la tuberculose pulmonaire peut se faire sans que les lésions existantes du larynx guérissent en même temps.

Discussion.

Jobson Horne demande si l'affection laryngée est vraiment de la même nature que la lésion pulmonaire, c'est-à-dire tuberculeuse. Saint-Clair Thomson connaît des cas où le parallélisme de l'évolution de l'affection laryngée et pulmonaire n'existe pas. Il connaît des cas chez lesquels la laryngite guérissait pendant que le malade mourait. Personnellement il s'est toujours élevé contre le traitement de ces cas.

Mackenzie. — Sténose prolongée du larynx de cause inconnue.

HERBERT TILLEY. — Kyste suppuré appartenant au cornet moyen compliqué de sinusite maxillaire. — Opération par la fosse canine avec résection de l'apophyse montante du maxillaire.

Herbert Tilley. — Sinusite frontale fistulisée guérie par opération endo-nasale. — Homme de 74 ans se plaint d'une fistule au-dessus de la tête du sourcil gauche existant depuis un an. On passait facilement une sonde par la fistule dans le sinus et de là dans la fosse nasale. Résection du cornet moyen et des cellules ethmoïdales antérieures et lavage du sinus frontal les jours suivants. Guérison de la fistule.

G. Wilkinson. — Trois cas de sinusites périnasales occasionnées par l'entrée de l'eau dans les sinus pendant le bain. — Dans le premier cas, un garçon de 49 ans a attrapé une sinusite frontale après avoir aspiré de l'eau pendant son bain. Le deuxième cas est celui d'une femme de 32 ans qui en nageant a failli se noyer et chez laquelle, six mois après, on a diagnostiqué une sinusite maxillaire. Le troisième cas, très compliqué, terminé par la mort, avait eu la même origine. Un quatrième cas est douteux, mais il est probable que la sinusite serait survenue également à la suite d'un exercice de natation.

BAIN. - Papillome du cornet inférieur.

Faulder. — Tuberculose du pharynx. Traitement par la tuberculine. — Une femme de 24 ans présente depuis des années de nombreuses localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. Depuis 8 ans, le pharynx est pris également sous forme d'ulcérations et granulations de l'amygdale. Depuis 4 an 1/2 seulement les poumons présentent une localisation. Amélioration par la tuberculine. On pourrait songer au lupus. Il est à remarquer que le larynx est resté indemne. Quoique non fréquente, l'immunité du larynx se voit encore malgré une tuberculose très étendue du pharynx. Faulder a observé un cas de tuberculose isolée de la langue. A propos du traitement, il croit la tuberculine (T R) très utile dans ces cas. Il demande si, vu la grandeur des amygdales chez la malade, on n'aurait pas dû les enlèver avant qu'elles ne deviennent malades.

Séance du 12 janvier 1912.

Président : MARK HOVELL.

A. Wyle. — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche. — Femme de 21 ans atteinte de paralysie de la corde vocale gauche consécutive comme elle le croit à un traumatisme de la nuque. Elle présente en même temps un adénome dans la glande thyroïde. Amélioration de la paralysie depuis l'opération de l'adénome. Wylie se demande si le traumatisme n'est pas en effet en rapport avec la paralysie.

Ways. — Papillomes des deux cordes vocales. — Malade agée de 40 ans. Depuis 6 ans en traitement chez Wylie pour des papillomes récidivants des cordes vocales. Wylie se demande si une thyrotomie n'est pas indiquée.

Discussion.

Herbert Tilley ne promet pas un effet absolument certain de la thyrotomie. Les récidives sont toujours possibles. Avant de faire la thyrotomie, il conseille d'enlever les papillomes par la méthode directe et de toucher leurs racines par l'acide carbonique neigeux. On pourrait aussi essayer des badigeonnages avec une solution d'acide salicylique à 20 p. 100 dans l'alcool pur. Actuellement, Herbert Tilley soigne un garçon qui a subi 47 opérations du larynx. Malgré cela les papillomes récidivent. Depuis quelque temps, ce malade présente de ces papillomes sur l'amygdale et sur la paroi postérieure du pharynx.

Jolson Horne n'est pas d'avis de faire la thyrotomie. Il faut dans l'extirpation endo-laryngée de ces tumeurs être très énergique et détruire tout ce qu'on voit. Il en reste assez souvent caché au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales. Chez un enfant de douze mois, il a dû exécuter la thyrotomie pour enlever les papillomes. Cet enfant a été complètement débarrassé.

Dan Mackenzie recommande le carbonate de magnésie.

A. Wyle. — Pachydermie de la corde vocale droite. — Homme de 55 ans, souffre depuis 6 ans de raucité de la voix. Il est en traitement chez Wylie depuis 4 ans. La corde vocale droite est un peu paresseuse et recouverte d'une couche cornée blanche. L'examen histologique est négatif au point de vue syphilis, tuberculose et cancer.

Discussion.

CLAYTON FOX et JOBSON HORNE considèrent le cas comme suspect de carcinome.

HERBERT TILLEY serait d'avis d'enlever cette corde en totalité après laryngofissure, malgré qu'il admette que les caractères de malignité ne sont pas très prononcés.

MARK HOVELL a plusieurs fois opéré un cas de ce genre par voie endo-laryngée, mais sans résultat. Les récidives étaient toujours très difficiles à enlever. Son cas a guéri complètement.

Kelson. — Tuméfaction de la bande ventriculaire et de la corde vocale droite. — Malade âgé de 40 ans. Ni syphilis, ni tuberculose.

Jobson Horne. — Rhinite atrophique avec obstruction nasale chez un enfant de 7 ans. — La maladie a débuté chez cet enfant à l'âge de 3 ou 4 ans par un écoulement jaunâtre. L'enfant à été opéré de végétations adénoïdes sans résultat. Actuellement l'enfant présente une hypertrophie des deux cornets moyens et une atrophie des cornets inférieurs avec croûtes et obstruction nasale.

Wallett et E. D. Davis. — Hyperostose du crâne (Léontiasis ossea). — Homme de 21 ans remarque depuis 5 à 6 ans l'augmentation du volume de sa tête. L'apophyse frontale et le corps de l'os maxillaire sont uniformément tuméfiés des deux côtés. Les deux sinus maxillaires sont obscurs, les deux fosses nasales obstruées par des tuméfactions osseuses. Il existe aussi une tuméfaction du maxillaire inférieur à droite, carie dentaire, otite suppurée à droite, Wassermann positif.

Discussion.

JOBSON HORNE n'admet pas le diagnostic de léontiase parce que la tuméfaction osseuse est limitée à l'os maxillaire et ne concerne pas le crâne entier. La cause paraît être infectieuse. Cette maladie se voit souvent dans les tropiques.

Kelson a vu un homme de 30 ans offrant exactement le même aspect. C'était un homme demeurant à la Côte d'Ivoire et qui présentait une tuméfaction des deux côtés du nez et se plaignait surtout d'obstruction nasale sans aucune douleur. A l'opération Kelson a été étonné de trouver que la tuméfaction, qui avait l'aspect d'une

tuméfaction osseuse, n'offrait pas plus de résistance à la gouge qu'une coquille d'œuf.

Mackenzie. — Tuberculose du ganglion rétro-pharyngé. — a. Petite fille de 6 ans présente un abcès rétro-pharyngé et des végétations adénoïdes. — b. Petite fille de 5 ans présente un abcès rétro-pharyngé à allure chronique. L'abcès a été ouvert par voie externe.

Frank Rose. — Tuméfaction dans la région amygdalienne gauche. — Femme de 61 ans chez laquelle depuis 2 mois une croûte est arrêtée dans l'amygdale gauche. Elle a essayé de l'enlever avec le doigt. Depuis dysphagie. Toute la région est tuméfiée jusqu'en bas vers l'épiglotte.

Discussion.

HERBERT TILLEY trouve qu'il est difficile de donner une opinion exacte sur la nature de ce cas. Il croirait qu'il s'agit d'un accident primaire.

DUNDAS GRANT dit que l'accident primaire de l'amygdale a toujours un aspect diphtéritique et l'amygdale elle-même n'est pas aussi tuméfiée que dans ce cas et les ganglions au contraire sont comparativement très tuméfiés. Il croit qu'il s'agit d'un lymphadénome.

Rose croit également qu'il s'agit d'une tumeur maligne, car la um eur est dure. Il n'espère rien d'une opération.

Dundas Grant. — **Tuberculose du larynx**. — Lésions très nettes de tuberculose. Le malade est présenté pour une poussée herpétique existant depuis quelques jours. On aurait pu croire qu'il s'agissait d'une éclosion d'une tuberculose miliaire, mais la localisation sur un seul côté et l'état d'inflammation aiguë font plutôt penser qu'il s'agit d'un zona.

Séance du 2 février 1912.

Président : SAINT-CLAIR THOMSON.

HERBERT TILLEY. — Angiome du nez. — Le malade, âgé de 47 ans, est venu consulter pour épistaxis répétées. La tumeur était

située sur le septum à un endroit où le cartilage triangulaire joint la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un hémangiome sans aucun caractère de malignité. A la suite de cette présentation, Herbert Tilley raconte que le matin même, il a été consulté par un monsieur âgé de 69 ans pour une violente épistaxis. L'hémorragie provenait d'une tumeur remplissant la fosse nasale qui, au moindre attouchement, saignait abondamment. Après ablation de la tumeur, Herbert Tilley a vu qu'elle était implantée au-dessous d'une crête de la cloison fortement déviée.

Herbert Tilley. — Élargissement du nez consécutif à des polypes du nez. — Un homme de 52 ans vient consulter pour obstruction nasale. A l'examen on trouve les deux fosses nasales bourrées de polypes et les différents sinus remplis de pus. La racine du nez surtout, mais le reste du nez aussi, était très élargie. Le septum lui-même était épaissi.

Discussion.

Saint-Clair Thomson a vu des cas analogues. Il a cru au début qu'il s'agissait de périostite, mais souvent la simple extraction des polypes a suffi pour faire disparaître cette tuméfaction. Mais il y a eu des cas aussi dans lesquels les malades n'ont pas été améliorés.

Fitz Garald Powell a également vu un épaississement des os du nez comme résultat d'une périostite dans des cas de forte polypose du nez. Il demande si cette périostite ne peut pas être d'origine syphilitique.

EUGERIDGE. — Tumeur ulcérée du larynx. — Le malade, un facteur, se plaint depuis un mois de raucité de la voix, sans douleur, sans toux, sans dysphagie. Wassermann négatif. La tuméfaction occupe le quart antérieur de la bande ventriculaire droite. Sa paroi interne est ulcérée. Le reste du larynx normal. La cutiréaction est positive, mais il n'existe pas de localisation tuberculeuse dans l'organisme.

Discussion.

Watson Williams croit qu'il s'agit bien de tuberculose dans le cas présenté. Quant à la cuti-réaction, il n'y attache aucune

importance. La tuberculine est un réactif bien plus sûr de la tuberculose.

HAVILAND HALL croit également que la cuti-réaction positive ou négative est absolument incertaine.

C. A. Parker. — Tumeur thyroïde implantée dans la base de la langue. — La malade est une jeune fille de 16 ans qui se plaint depuis 6 mois d'un gêne quand elle parle. La glande thyroïde elle-même n'est pas très développée.

Discussion.

Waggett. — Le cas est intéressant au point de vue chirurgical. La palpation de la glande thyroïde montre que la malade ne peut pas perdre beaucoup de sa tumeur de la base de la langue. Waggett croit qu'on peut disloquer la tumeur en bas et en avant et la fixer dans cette position, après hémi-section de la langue au-dessous de l'os hyoïde.

FILZGERALD POWELL propose d'énucléer la glande en totalité et d'en implanter une partie à la place normale si on ne trouve pas de glande thyroïde du tout.

Watson Williams est contre l'opération parce que dans des cas analogues il n'a pas trouvé de glande thyroïde normale. Il conseille de donner soit une préparation d'iodure, soit de faire de l'opothérapie thyroïdienne.

Kelson conseille d'enlever seulement une partie de la tumeur, juste suffisamment pour que les troubles du langage et de la déglutition disparaissent.

Kelson. — Tuméfaction de la région amygdalienne droite. — Femme de 24 ans se plaint depuis 2 mois de douleurs dans la gorge. Une petite tuméfaction dans l'angle maxillaire existe depuis peu. Toute la région amygdalienne droite est tuméfiée et dure. Otorrhée à droite depuis quelques jours.

Discussion.

DONELAN. — L'otite présente des signes de chronicité, il existe des granulations dans la caisse, une sensibilité à la mastoïde, de sorte qu'il croit que toute l'affection, y compris la tuméfaction glandu-

laire est l'affection primaire et que la tuméfaction amygdalienne n'est qu'une simple tonsillite. Il conseille d'ouvrir la mastoïde.

Westmacott. — La tuméfaction des glanglions est due à l'affection auriculaire. L'amygdale s'est infectée par le pus descendant par la trompe d'Eustache.

A. Wyle. — Paralysie du voile après influenza. — Malade agé de 30 ans fait une grippe au milieu de décembre. Au début de janvier, paralysie du voile. Pas de bacilles de Löffler. Il s'agit probablement d'une névrite après influenza.

Discussion.

Watson Williams. — La recherche négative du bacille de Löffler ne prouve pas l'absence de diphtérie. Quoique W. W. ait décrit luimème des cas de paralysie du voile d'origine non diphtéritique, il commence à douter de l'existence de cette paralysie non diphtéritique.

Westmacott. — Dans un hòpital d'enfants, au cours d'une épidémie de diphtérie, deux infirmières ont présenté une paralysie du voile sans aucun symptòme de diphtérie, ni bacilles de Löffler. A côté de ces deux infirmières, d'autres présentèrent le bacille de Löffler sans aucun trouble de santé. Ceci prouve que l'absence du bacille de Löffler n'est pas caractéristique pour l'origine non diphtéritique de la paralysie.

William Hill. — Skiogrammes montrant: a. l'action palliative du radium dans les rétrécissements malins, b. les avantages des rayons X pour une application exacte du radium dans la zone rétrécie. — Dans 40 cas sur 21 de cancer du pharynx la radium-thérapie s'est montrée efficace. Dans 3 cas tout le trouble objectif paraît même avoir disparu. Pour appliquer le radium à l'endroit rétréci Hill se sert de l'écran après avoir fait avaler au malade du bismuth.

Discussion.

HERBERT TILLEY insiste sur les difficultés qu'on rencontre pour bien appliquer le radium à l'endroit malade. La technique de Hill est très recommandable quant il s'agit de maintenir le radium sur place peudant des heures.

FITZGERALD POWELL demande à Hill de donner une description détaillée de sa technique.

Donelan. — Tumeur du tiers antérieur de la corde vocale droite. — Chez un chanteur de 45 ans existe sur le bord libre du tiers antérieur de la corde vocale droite une tumeur en partie sous-glottique. La tumeur pourrait bien être un nodule vocal. Insolite serait dans ce cas sa dimension, son siège et l'unilatéralité.

Hope. — Examen microscopique d'un carcinome de l'œsophage. — Le malade âgé de 25 ans se plaint depuis quelques mois de dysphagie et d'amaigrissement. A 32 centimètres de l'arcade dentaire on voit à l'œsophagoscope une tumeur large en forme de polype. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un carcinome.

N. Peterson. — Troubles de la respiration nasale. — Une femme âgée de 21 ans se plaint depuis quelques mois d'une sécrétion purulente des fosses nasales et d'un trouble respiratoire si intense qu'elle peut à peine se nourrir.

Peters. — Ulcération gommeuse du palais. — Une femme de 24 ans présente symétriquement une perforation du palais.

Peters. — Tumeur de la paroi latérale du pharynx et de l'aryténoïde droit. — Une femme âgée de 27 ans a fait une grossesse, il y a un an. Depuis, douleur à la déglutition. On voit une tumeur occupant la paroi droite du pharynx poussant le larynx de côté.

Discussion.

HERBERT TILLEY conseille l'examen direct et surtout l'examen de la région du chaton du cricoïde où pourrait peut-être siéger une tumeur maligne. L'âge relativement jeune de la malade ne plaide pas contre le diagnostic de cancer parce que Herbert Tilley a présenté lui-même une jeune fille de 21 ans atteinte du cancer de cette région. La violente douleur à la déglutition plaide seule contre le cancer.

CATHCART. — Ulcération du plancher de la bouche. — Femme de 42 ans se plaint depuis 6 mois de souffrir de la gorge. A l'examen on trouve au-dessous de la langue, dans son tiers postérieur, une ulcération avec bord surélevé. Le ganglion sous-maxillaire est tuméfié et dur.

Discussion.

SAINT-CLAIR THOMSON considère cette ulcération comme d'origine carcinomateuse.

Westmacort croit qu'il s'agit d'une ulcération septique, comme on le voit assez souvent dans la bouche accompagnant la carie dentaire.

Seccombe Hett. — Trois cas montrant trois périodes différentes d'un fibrome kystique. — a. Kyste de la corde vocale droite. Femme de 54 ans consulte pour la raucité de la voix. On voit une tuméfaction kystique sur la corde vocale droite. b. Fibrome de l'aryténoïde droit. Le malade, âgé de 32 ans, tuberculeux, n'a aucun trouble laryngé. A l'examen on trouve par hasard une tumeur jaune attachée à l'aryténoïde droit assez mobile à sa base. c. Kyste de l'épiglotte, trouvé également chez un phtisique ne présentant aucun trouble vocal.

DUNDAS GRANT. — Néoplasme de l'amygdale chez une tuberculeuse. — La malade, une jeune fille atteinte d'infiltration tuberculeuse de la corde vocale gauche et de l'espace inter-aryténoïde avec tuberculose pulmonaire, présente une tumeur pédiculée de l'amygdale gauche. L'examen histologique sera rapporté plus tard.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE (1).

Séance du 17 mars 1911.

Section d'otologie.

Président : Cheatle.

MILLIGAN. — Sur les traumatismes de l'oreille externe et moyenne. — Le rapporteur traite d'abord de l'arrachement du pavillon, de l'othématome, des difformités par auto-mutilation dans lesquelles il range aussi le percement du lobule de l'oreille, A propos des corps étrangers de l'oreille, il connaît l'histoire d'un noyau de cerise qui est resté 60 ans dans le conduit. Par contre

(1) Compte rendu par Lautmann d'après Journal of Laryngologie, 1911, nº 5-8, 1912, nº 4.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T.XXXVIII, Nº 11, 1912. 37

il connaît un autre cas où, dans l'entreprise de retirer un peu de plomb fondu, le tympan, l'enclume et le marteau ont été arrachés et une paralysie du facial provoquée. Avec la rupture de la membrane tympanique, les conditions de l'oreille changent. Il est intéressant de constater que parfois une néoplasie s'est développée à la suite de la rupture de la membrane tympanique. Comme accident opératoire, l'ouverture du golfe de la veine jugulaire, au moment de la paracentèse du tympan, est connue. Le curetage de la paroi interne de l'oreille moyenne devrait être seulement fait quand cette paroi est largement découverte.

Ballance. — Traumatismes de l'oreille moyenne et interne. — Dans les fractures de la base du crâne, les symptômes auriculaires disparaissent devant les autres symptômes nerveux graves. Les lésions du rocher dépendent de la direction dans laquelle la force a agi sur le crâne. Il est impossible de se rendre un compte exact de l'étendue de la fracture du rocher pendant la vie. Généralement les lésions du labyrinthe sont dues à l'hémorragie plutôt qu'à la fracture de la capsule osseuse.

Il se peut que l'oreille souffre, après ces traumatismes sur le crâne, non pas d'une lésion directe du labyrinthe, mais de lésions des centres nerveux, lésions analogues à ce qui est connu en ophtalmologie sous le nom de commotion de la rétine. Au point de vue du traitement, une fracture de la base du crâne avec déchirure du tympan est exposée à une infection et doit donc être traitée d'après les règles de chirurgie générale de la fracture compliquée. Néanmoins tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point. Pourtant, dans les grands traumatismes produits par des armes à feu, il ne faudrait pas perdre de temps et extraire la balle aussitôt que possible (?) L'opération dans ces cas est commencée par la radicale.

Discussion.

FITZGERALD POWELL rappelle l'importance de l'expertise otologique dans ces cas. Il lui est arrivé d'avoir eu à se prononcer au sujet d'une otorrhée survenue chez des écoliers à la suite de coups que les professeurs auraient administrés aux élèves. Personnellement, il ne le croit pas possible à moins qu'il ne s'agisse d'une obstruction de la trompe.

Davis a eu occasion d'expertiser le cas suivant. Le wattmann d'un tramway reçoit une décharge électrique à la suite de laquelle il est devenu complètement sourd. Comme il n'existait aucune lésion manifeste de l'oreille moyenne et aucune réaction vestibulaire la réponse a été difficile à faire.

Macleod Yearsley. — A propos de l'othématome, il ne faut pas oublier la possibilité d'une origine syphilitique. Quand on réopère des malades entièrement opérés de mastoïdite, il peut arriver qu'avec la première incision déjà, on ouvre le sinus veineux adhérent à la cicatrice cutanée. Il ne se rappelle que d'un seul cas de corps étranger du cavum se manifestant par de l'otalgie. La douleur que le malade ressentait a été formidable au toucher de la fossette de Rosmmüler; M. Y. ramène une épine de groseillier. Le pronostic des trausmatismes de l'oreille est très important et M. Y. aurait bien voulu avoir l'opinion des rapporteurs à ce sujet.

Milligan. — Au point de vue de l'expertise médico-légale, il peut être très prudent en niant une otopathie comme suite possible de l'accident incriminé. Parfois, l'examen de l'oreille non incriminée donnera des renseignements utiles. Quant à savoir si un tympan normal peut recevoir un coup sans se rompre, Milligan peut affirmer en avoir vu un cas caractéristique. Il est possible que l'othématome ait parfois une origine syphilitique, mais quant au diagnostic d'othématome spontané, il faut être prudent et plutôt suspecter un traumatisme. La surdité survenue à la suite d'une fracture de la base du crâne reste définitive, tandis que la surdité due à la commotion du cerveau seulement peut entièrement disparaître. Il est à noter que le point échappe plus facilement au traumatisme que l'acoustique.

A. H. CHEATLE. — **Présentation de 15 préparations.** — **Mon**trant divers types de fracture du temporal.

G. I. SENKINS. - Même sujet.

Séance du 19 mai 1911.

Président : CHEATLE.

PATERSON. — Surdité due à une occlusion de la trompe d'Eustache. — Il s'agit d'une syphilis grave qui a formé un tissu cicatriciel entre nez et pharynx ayant complètement obstrué la trompe. Ouel traitement faut-il faire ?

Discussion.

CHEATLE. — Le traitement par la trompe d'Eustache est impossible d'après lui. Il faut donc s'adresser directement à la caisse et provoquer une perforation permanente du tympan ou faire une ossiculectomie ou une trépanation.

MILLIGAN croit qu'il vaut mieux ne rien faire étant donné la malignité de la syphilis.

Whitehead est également d'avis de laisser les choses tranquilles, parce qu'on ne peut pas savoir de quel effet sera suivi une intervention. Son expérience personnelle lui a appris que dans des cas de syphilis héréditaire grave on provoque facilement des désastres avec des opérations. Dans un cas analogue, il a rouvert la cicatrice naso-pharyngienne. La malade a fait une rhino-pharyngite suivie d'otite, méningite et mort.

A. CHEATLE. — Erysipèle de la tête. — Au cours d'un érysipèle, il s'est formé un abcès dans le conduit externe. Plus tard, toute la région derrière l'oreille a formé un abcès. On avait l'impression d'une mastoïdite de Bezold.

CHEATLE. — Trois types d'otite moyenne suppurée. — Les problèmes de l'otite suppurée demandent une étude nouvelle basée sur l'étude anatomique de l'os. Il croit que l'expression de type infantile de l'os est mal choisie parce que déjà dans l'enfance on sait s'il s'agit d'un type cellulaire ou diploétique.

CHARLES HEATH ne croit pas que pratiquement l'étude de ces différents types d'os a la même valeur que théoriquement. Comme il faut ouvrir l'os avant de l'opérer, il faut aller jusqu'au bout de l'opération n'importe quel type d'os on rencontre.

CHEATLE est obligé de reconnaître que les deux os pétreux ne sont pas toujours du même type même chez le même sujet. Parfois on trouve d'un côté un os du type cellulaire tandis que de l'autre côté, l'os est du type diploétique. Peut-être pourrons-nous un jour nous rendre compte, grâce aux rayons X, de la nature de l'os avant de l'opérer. Qu'on ait l'opinion qu'on voudra sur la valeur pratiqué de sa théorie, Cheatle tient à souligner le fait que l'éburnéation de l'os alors dans les otites chroniques n'est nullement le fait de la suppuration mais qu'îl s'agit plutôt d'un type spécial d'os qu'on voit à tous les âges dans les deux sexes. La plu-

part des suppurations chroniques, abstraction faite de tuberculose, sont dues soit à la scarlatine, soit à la rougeole ou à une autre maladie infectieuse.

Si l'antre infecté se trouve dans un os à type cellulaire, il se forme un abcès, mais si l'antre infecté se trouve dans un os à type diploétique, les possibilités suivantes peuvent se rencontrer: 1° tout s'arrange; 2° complications labyrinthaires ou endo-craniennes; 3° chronicité de la suppuration. En résumant d'un mot, on peut dire que la suppuration chronique de l'oreille est due à la scarlatine ou à la rougeole et se rencontre dans l'os diploétique.

Jenkins. — Maladie de Ménière traitée par l'opération. — Jeune fille de 22 ans atteinte de surdité nerveuse à gauche et de vertige. Pas de réaction calorique. Rien dans l'état général. Jenkins pense que la malade est atteinte d'une affection du labyrinthe se manifestant par une pression exagérée de la périlymphe. Il s'est proposé d'ouvrir l'espace péri-lymphatique. L'opération a été exécutée et trois heures après l'ouverture du canal semi-circulaire, la malade a été prise d'un violent vertige avec nystagnus spontané et vomissements continuels. Deux jours après, le vertige ne paraissait qu'aux mouvements de la tête. Pas de bourdonnements d'oreilles.

La voie haute entendue avant l'opération à 1 mètre est entendue maintenant à 4 mètres. Quinze jours après l'opération la malade quitte l'hôpital. Un mois après l'opération, la malade est dans un excellent état de santé, elle entend la voix haute à gauche à 5 mètres, les épreuves caloriques sont négatives.

Discussion.

Cheatle croit que c'est le premier cas dans lequel autant qu'il le sait on a essayé de guérir vertige, bourdonnements et surdité par une opération.

Dan MACKENZIE se demande si le cas ne permet pas une autre explication que celle d'une affection du labyrinthe. Il trouve surtout étonnante l'amélioration de l'audition.

Biggs. — Un cas de lèpre. — Le pavillon de l'oreille, le voile, le larynx sont atteints.

WHITEHEAD. - Surdité et cécité dues à une toxémie intesti-

nale. — Une dose de calomel a amené la guérison. On ne demande s'il s'est agi d'une constipation chronique ou d'un trouble nerveux.

Ch. l. Heath. — Huit cas d'opération de mastoïdite. — L'auteur présente huit cas qui ont été opérés pour otite, la plupart du temps avec suppuration datant depuis de longues années, d'après sa méthode. Chaque cas a été soumis à une discussion très serrée, de laquelle il résulte que les membres présents sont peu convaincus de l'efficacité de l'opération proposée par Heat. Pourtant plusieurs des cas présentés, atteints de surdité depuis de longues années et de suppuration auriculaire, ont été guéris de leur suppuration avec amélioration de l'audition. Aux cas de Heath les membres présents reprochent d'être imparfaitement rapportés, avec détails cliniques insuffisants. Dans une communication ultérieure Heath rapportera ses notes.

Séance du 19 janvier 1912.

Président : MILLIGAN.

Horsley. — Les facteurs du succès dans le traitement des abcès otogènes du cerveau. — Un diagnostic précoce est nécessaire. Diagnostic différenciel difficile à établir avec méningite. Le pouls irrégulier se trouve dans la méningite. De basses températures sont caractéristiques dans l'abcès du cerveau non compliqué. Pourtant, si l'abcès siège dans le centre de Rolando, la température sur le côté opposé du corps peut être trouvée augmentée. Si l'abcès siège dans le lobe temporal, on peut voir que l'hémiplégie se marque d'abord sur la face, ensuite sur le bras, ensuite sur le corps et enfin sur la jambe. Horsley insiste encore sur d'autres signes topographiques touchant surtout les troubles de la sensibilité. L'examen ophtalmoscopique peut également permettre de différencier l'état de la papille dans les deux affections.

C. E. West. — L'anatomie pathologique et le traitement de l'abcès du cerveau. — L'irruption de l'abcès surtout du lobe temporal dans le ventricule est facilitée par l'introduction de drains rigides dans la cavité de l'abcès. La méningite est plus fréquente dans les abcès du cervelet que dans les abcès du cerveau. La compression du quatrième ventricule par un abcès du cervelet peut conduire à l'hydrocéphalie interne et à la mort. L'abcès du

cervelet consécutif à une thrombose du sinus donne un meilleur pronostic que l'abcès du cervelet consécutif à la labyrinthite. Dans la majorité des cas l'abcès otogène n'a pas une vraie capsule. Si, comme dans les cas chroniques, il existe une paroi épaisse, le drainage est difficile. Au point de vue du traitement, West propose d'aller à la recherche de l'abcès toujours par l'oreille. L'établissement d'une contre-ouverture est dangereuse. Pour effectuer le drainage du pus, il conseille de fixer le drain par suture et d'enlever os, dure-mère et l'écorce sur une vaste étendue pour avoir accès à l'abcès.

Discussion.

MILLIGAN attire l'attention sur l'examen ophtalmoscopique qui, dans les cas d'otite double, indique de quel côté il faut opérer l'abcès.

URBAN PRITCHARD présente un cas d'abcès double du cerveau d'origine otogène, opéré par lui en 4889. Les deux abcès ont été évacués dans l'espace de quelques jours. Quelques années après l'opération le malade a encore montré des crises épileptiques qui ont disparu depuis.

DUNDAS GRANT présente deux malades dont le premier opéré d'un abcès du lobe temporal en 1901 et un abcès du cervelet consécutif à une thrombo-phlébite opéré en 1905.

Philip Turner présente un garçon de 40 ans chez lequel une carie du tegmen tympani a conduit à l'abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Le malade entend très bien du côté opéré.

Waggerr raconte l'histoire d'une femme de 22 ans opérée par lui d'un abcès du cerveauoù également le tegmen tympani a conduit à l'abcès. Il rappelle l'usage du spéculum de Killian pour la recherche de l'abcès du cerveau. Il se sert maintenant plutôt de son doigt. Il raconte l'histoire d'une femme qui, sur la table d'opération, entre les mains d'un autre chirurgien, était, pour ainsi dire, morte et qui lui a dit qu'il pouvait, lui, Waggett, faire d'elle cequ'il voulait. Presque la moitié du crâne était nécrosée. Waggett aintroduit son doigt dans le cerveau de la malade au moins 20 fois. Le lendemain la malade a été pour ainsi dire guérie et pourtant Waggett n'est pas sûr d'avoir trouvé l'abcès. Dans un autre cas, Waggett à la recherche d'un abcès du cervelet, désespérant de ne pas le trouver, introduit son doigt tout autour d'un lobe entier du cervelet et est assez heureux pour rompre un abcès. Le malade a survécu H ans,

Logen Turner s'appuie sur une statistique de 68 cas observés par lui dans l'espace de 6 ans. Il regrette de ne pas avoir eu connaissance des symptômes mentionnés par Horsley qui l'auraient certainement conduit à des diagnostics plus précoces. La céphalée ne permet pas de localiser l'abcès; ainsi, par exemple, sur 14 cas d'abcès du cervelet, 7 fois les malades localisaient la céphalée dans la région frontale et une seule fois seulement dans la région occipitale. Quant au nystagmus spontané il a été observé seulement 8 fois. Le plus souvent il était dirigé du côté malade.

Enfin, pour terminer, il rapporte l'observation d'un malade qui présentait au complet les symptòmes d'une méningite otogène et chez lequel l'autopsie a montré qu'ils'agissait d'un abcès du cervelet. Le cas prouve que ce diagnostic différenciel est très difficile et que l'examen du liquide cérébro-spinal ne peut pas trancher la question.

Hugh Jones voudrait demander si Horsley dit que l'abcès non compliqué du cerveau est toujours fébrile. Personnellement il a vu 2 ou 3 cas d'abcès du cerveau où au début de l'affection existait de la fièvre. Dans un cas opéré par lui, il y a 19 ans, existait le signe mentionné par Horsley de la névrite optique du côté malade. A propos du drainage de l'abcès il croit que les choses vont d'autant mieux qu'on complique moins le drainage de l'abcès.

HUNTER Top dit que la question de la névrite optique comme symptôme de l'abcès du cerveau est très intéressante. Il a vu deux cas dans lesquels, au cours d'une otite guérie, s'est développé l'ædème unilatéral de la papille. Vu l'absence d'autres symptòmes on n'a pas opéré. Les 2 malades ont guéri, mais l'œdème de la papille s'est terminé par une atrophie. Il a obtenu les meilleurs résultats par l'opération dans les cas où tous les symptômes classiques étaient réunis. Les abcès du cervelet lui ont donné des résultats moins favorables à l'opération. Parfois on croit être en présence d'un abcès et on ne trouve qu'une encéphalite diffuse. Le pronostic de cette encéphalite n'est pas toujours fatal, car il a vu la guérison survenir dans un cas personnel. Cette guérison a persisté 3 semaines, ensuite tous les symptômes ont réapparu. Le malade a fait un abcès qui a été ouvert. En terminant Hunter Tod demande à Sir Victor Horsley ce qu'il faut faire dans les cas où après guérison de l'abcès se développe une épilepsie jacksonienne.

SYDNEY SCOTT rapporte une imposante statistique faite à l'hòpital Bartholomeous depuis 1895 à 1909. Il s'agit de 644 cas d'infections intra-crâniennes dont 267 étaient directement d'origine otitique. De ces cas, 100 présentaient la méningite, 55 la thrombose du sinus, 42 l'abcès du cerveau, 34 l'abcès extra-dural et le reste, des affec-

tions indéterminées. Les 42 cas d'abcès du cerveau étaient localisés 30 fois dans la région temporo-sphénoïdale, 12 dans le cervelet. Ces cas concernent seulement les autopsies. La statistique est différente naturellement si on considère aussi les cas guéris. Quant à la mortalité de l'abcès du cerveau, il faut la taxer à peu près à 75 p. 100. Les soins donnés par un spécialiste avec examen neurologique des plus complets constituent un des facteurs du succès. Pour faire la ponction de l'abcès il faut d'abord largement inciser la duremère. Quant au drainage de l'abcès, Sydney Scott croit qu'une bonne incision suffit et, à juger d'après les cas guéris, il croirait que le drainage n'est pour rien dans la guérison.

Horsley. — Quant à la voie à suivre pour arriver à l'abcès, il faut évidemment élargir la brèche du tegmen s'il en existe une, sinon, il faut se rappeler qu'il vaut mieux accéder au cerveau par une voie aussi peu septique que possible et c'est pour ces cas qu'il recommande le trépan. Quant au drainage, il ne croit pas qu'un abcès puisse se drainer tout seul. Il a l'habitude d'employer deux drains passés l'un dans l'autre et de les fixer à la duremême par une suture. Peut-être peut-on se passer du drainage dans un cas aigu, Horsley n'en sait rien, car il n'a jamais eu le courage de le faire. Horsley ne peut pas accepter la responsabilité de laisser les méningites sans traitement. Pour lui il est inadmissible de laisser devenir aveugle un malade une fois qu'on a diagnostiqué l'ædème de la papille. Tous les cas d'otite moyenne avec névrite de l'optique doivent être opérés et si la névrite ne disparait pas il ne faut pas se contenter d'avoir ouvert les cavités de l'oreille movenne, il faut aussi ouvrir la cavité sous-durale. Une fois qu'on ouvre le crâne l'œdème de la papille disparaît. Quant à la ponction lombaire, il croit aussi qu'on ne peut pas toujours bien interpréter le résultat de cette ponction. Mais il ne faut pas renoncer à la ponction lombaire de parti pris. L'exploration digitale qui a si bien réussi à Waggett ne devrait pas être recommandée comme procédé ordinaire de la recherche de l'abcès du cerveau.

West rapelle l'importance du pouls dans l'abcès du cerveau. Le pouls est large, faible, lent. Le pouls est toujours plus lent que ne je demande la température, surtout s'il y a de la fièvre. Le réflexe rotulien peut être très exagéré dans l'abcès du cervelet. Il est possible de trouver dans l'abcès du cervelet des symptòmes qu'on a l'habitude de rencontrer dans la méningite (liquide spinal trouble, rigidité de la nuque).

Séance du 16 février 1912.

Président : MILLIGAN.

MILIGAN. — Vertige labyrinthique. Opération. Guérison. — Femme âgée de 40 ans est prise brusquement de vertige, bourdonnements d'oreille, perte totale de l'audition cinq semaines avant son admission à l'hôpital. L'état général est bon. L'épreuve fonctionnelle de l'oreille montre que le labyrinthe est excitable, mais que la surdité est totale. La malade est opérée par la « bridge operation ». Six mois après l'opération pas de malaises ni de vertige, seul un peu de bourdonnements persiste.

MILLIGAN. — Labyrinthite suppurée. Méningite basale suppurée. Opération. Mort. — Femme de 36 ans, sourde-muette, atteinte de suppuration auriculaire post-scarlatineuse à gauche depuis 2 ans et demi. Reçue à l'hôpital pour vertige et paralysie faciale. Labyrinthe inexcitable. On essaye un traitement conservateur, mais la malade tombe brusquement dans le coma avec vomissements. Liquide céphalo-rachidien trouble amicrobien sous haute tension. Radicale. Point nécrotique sur le canal externe. Labyrintectomie. Incision de la dure-mère qui donne issue à une petite quantité de pus. On draine à travers le labyrinthe. Depuis l'opération l'état de pus. On draine à travers le labyrinthe. Depuis l'opération l'état de pendant cinq semaines. Brusquement elle est prise de symptômes maniaques, tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie on trouve une méningite suppurée de la base.

H. E. Jones. — Trois cas opérés pour vertige. — 1º Un homme âgé de 40 ans sourd depuis 10 ans. Depuis trois semaines vertige continuel. La surdité est complète des deux côtés. A gauche radicale avec curettage du canal externe. Le vertige a beaucoup diminué pendant un an, mais est revenu depuis. Jones croit qu'il s'agit de syphilis.

2º Homme agé de 40 à 45 ans présentant depuis quelques années la maladie de Ménière. Il persiste de l'audition des deux côtés. Le malade est opéré. La paroi interne de l'antre est exposée, le tympan conservé, les canaux semi-circulaires sont ouverts, le vestibule est ménagé. Depuis l'opération, le malade n'a plus ressenti de vertige. 3° Femme âgée de 32 ans sourde de l'oreille gauche depuis 6 mois, bourdonnements depuis un mois avec deux accès de vertige par jour, vomissements; opération, comme dans le cas précédent. Les bourdonnements ont disparu dès le premier jour de l'opération. La malade ne présente aucun vertige.

JENKINS. — Vertige labyrinthique. Symptômes de Ménière. Opération. — Malade de 24 ans se plaint de vertige, bourdonnements et diminution de l'audition. On a ouvert le canal externe sans toucher au canal membraneux pour laisser écouler la périlymphe. Tous les phénomènes se sont améliorés après l'opération, le nystagmus calorique est conservé. Jenkins compare cette affection au glaucome.

Discussion.

RICHARD LAKE. — Il est difficile d'indiquer pour ces cas le mode opératoire. Quant à la comparaison avec le glaucome, il ne peut pas l'accepter. Au point de vue opération il préfère l'ouverture du canal postérieur au lieu de celle du canal externe.

C. West n'est pas partisan d'une opération quand il s'agit de labyrinthite non suppurée. Souvent ces cas guérissent par un traitement médical. Personnellement il n'a jamais pu se décider à ouvrir un labyrinthe pour les phénomènes de méniérisme seulement.

Maclead Yearsley a deux fois opéré pour vertige intense. Une fois il s'est agi d'un ecclésiastique, complètement sourd des deux oreilles, souffrant de bourdonnements si violents qu'il voulait se suicider. De plus il existait un vertige qui le rendait complètement incapable. M. Y. a détruit le labyrinthe du côté gauche. Depuis le malade a perdu toute possibilité de s'orienter dans la nuit. Dans sa propre chambre, le malade a perdu toute orientation une fois toute lumière éteinte. La deuxième malade entendait bien d'une oreille mais souffrait de vertige. Elle aussi ne pouvait plus s'orienter dans l'obscurité.

SYDNEY SCOTT a opéré trois malades pour vertige. Il n'est pas très partisan de cette opération et trouve que les bourdonnements persistent malgré destruction du labyrinthe.

West voudrait ajouter qu'il a opéré une femme par l'extirpation totale du labyrinthe. Cette malade a subi un tel choc par l'opération qu'elle a eu des accès de manie. Elle a fini par guérir.

Hugh Jones admet qu'il faut être prudent en conseillant l'ouverture ou la destruction du labyrinthe pour guérir les symptômes du méniérisme. Mais comme parfois il faut compter des années avant de voir les malades débarrassés de symptòmes si ennuyeux, il ne voit pas de raison pour ne pas conseiller cette opération. Quant à la guérison des bourdonnements, il est certain qu'une opération sur le canal semi-circulaire ne suffit pas.

SAINT-CLAIR THOMSON déclare que c'est une opération sérieuse, même exécutée avec les plus grands soins. Personnellement, il a opéré seulement 8 cas, pourcentage relativement faible en comparaison des cas examinés. A une exception près, tous les cas appartenaient à la clientèle hospitalière, qui ne pouvait pas s'offrir le luxe d'un traitement médical continué pendant des années. Dans aucun cas, les bourdonnements n'ont disparu entièrement, mais les vertiges ont toujours disparu.

G. M. Biegs. — Infection streptococcique des deux oreilles. — Après paracentèse double, trépanation des deux mastoïdes, injection d'auto-vaccin (streptocoque). Guérison.

Watson Williams. — Thrombose du sinus latéral droit et du sinus longitudinal. — Malade àgé de 37 ans, opéré de radicale le 29 novembre. Le 7 décembre il a fallu ouvrir le sinus latéral qui était séparé de la cavité antrale par une couche d'os dur. Un abcès péri-sinusal a été vidé et le sinus ouvert jusqu'au golfe. Il a été impossible d'enlever totalement le thrombus. Le malade allait bien jusqu'au 19 sans cependant perdre la fièvre. A l'autopsie faite le 20 décembre, on trouve un thrombus occupant le sinus longitudinal dans toute sa longueur. La cause de la mort a été une leptoméningite partie du sinus longitudinal. Il est à remarquer que la thrombose du sinus longitudinal n'a présenté aucun symptòme.

Watson Williams. — Thrombose du sinus latéral. — Il existait un nystagmus spontané vers le côté malade. La température est restée longtemps normale. A l'opération on trouve un abcès périsinusal. Guérison,

Watson Williams. — Thrombose du sinus latéral. — Après ouverture d'un abcès péri-sinusal on a ponctionné le sinus. Dans le sang retiré on a trouvé des staphylocoques et des streptocoques. Guérison.

H. A. Kisca. — Otite chronique adhésive. Opération. —La malade, agée de 43 ans, a été traitée pendant des années, pour bourdonne-

ments et surdité, sans succès. Kisch a exécuté la radicale du côté droit, enlevé les osselets sauf l'étrier, curetté la muqueuse de la caisse. Le traitement secondaire a consisté en massages vibratoires. Depuis l'opération, la malade entend bien.

Discussion.

PRITCHARD rappelle que Politzer a le premier conseillé l'opération pour ces cas d'otite adhésive. Une condition pour la réussite de ces opérations est non la fixation de l'étrier.

MACCLEOD YEARSLEY désire revoir cette malade dans un an.

Watson Williams aurait évité, dans le cas de Kisch, le curettage de la muqueuse de la caisse près de l'articulation stapédo-vestibulaire.

Waggert rappelle la sonde de Lucœ qui, dans des cas analogues, rend des services.

Saint-Clair Thomson a exécuté une opération analogue deux ou trois fois, mais il n'a jamais obtenu de résultats très encourageants. Lui aussi se prononce contre le curettage de la caisse.

Kisch a voulu présenter le cas dans six mois seulement, mais comme l'audition se maintient bonne depuis un mois, il croit les résultats définitivement acquis. Le massage vibratoire a été fait pour exciter le labyrinthe, car, comme le malade n'a pas entendu depuis 40 ans, il était à craindre que le labyrinthe fût hors fonction.

Macleod Yearsley. — Le nouveau spéculum de Yankeuer pour l'examen direct du naso-pharynx et de la trompe d'Eustache. — Description de l'appareil. M. Y. trouve l'appareil utile et il s'en sert concurremment avec le pharyngoscope de Holmes. L'appareil de Holmes est parfait pour l'inspection. Celui de Yankeuer permet de petites interventions sous le contrôle de la vue.

Kelson. — Tuberculose de l'os temporal chez un garçon de 7 ans 1/2. — L'enfant à été opéré une première fois à l'âge de 6 mois 1/2. On a trouvé le bacille de Koch-L'enfant étant bien portant pendant 4 ans. Nouvelle opération. De nouveau bien un an. Nouvelle opération: La tuberculine était sans effet.

Discussion.

SAINT-CLAIR THOMSON a toujours eu de la difficulté à trouver le bacille de Koch dans la sécrétion, même dans les granulations.

Strain 1 con the

Le mieux est de le chercher dans les parties de l'os malade depuis relativement peu. Quant à la tuberculine, il a eu un ou deux succès, surtout associés à l'opération.

Davis. — Ædème symétrique des deux lobules de l'oreille chez une femme de 36 ans. — L'affection dure depuis un mois sans changement.

Discussion.

Woods rappelle l'analogie avec l'éléphantiasis partielle qu'on voit survenir surtout à la suite d'attaques fréquentes d'érysipèle. Dans le cas présenté, un eczéma du conduit externe peut ne pas être étranger à cet eczéma chronique.

WHITEHEAD conseille comme traitement l'injection d'auto-vaccin provenant de la sécrétion.

Davis a montré ce cas à un dermatologiste qui a exclu successivement l'éléphantiasis, la syphilis, la tuberculose, la lèpre. La sécrétion n'existe que d'un côté. Le traitement par le vaccin a été essayé sans résultat.

Davis — Résultat d'une périchondrite du pavillon. — Malade âgé de 47 ans opéré de radicale. Trois semaines plus tard périchondrite du pavillon. Il a fallu exécuter une opération plastique pour remédier aux effets de cette périchondrite. Jansen, consulté par Davis, conseille dans ces cas de faire une résection sous-cutanée du cartilage pour arrêter le processus.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 19 janvier 1912 (1).

Président : Passow.

Secrétaire : BEYER.

Herzfeld. — Tumeur perlée du tympan. — Malade présente sur le tympan droit une tumeur lisse, luisante, dure, en forme de perle. Ces tumeurs se développent quelquefois à la suite d'une paracentèse.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après Berliner Klin. Wochensch., 1912, n° 12, 17, 23.

KRUMBEIN. — Luxation probable du marteau. — Un malade fait une chute sur la tête à la suite de laquelle se développe un écoulement de l'oreille (rupture du tympan avec infection secondaire de la caisse). Après guérison de l'écoulement, on voit le marteau luxé en bas et décollé au bord de la perforation.

SCHULZE. — Coup de feu dans l'oreille droite. — Une femme se tire un coup de revolver dans l'oreille droite. Une partie de la balle était fixée dans le paroi postérieure du conduit externe. A l'opération on trouve une vaste destruction de l'os avec ouverture du canal horizontal et fracture du tegmen tympani. Pendant 2 semaines, pas de symptòme de méningite. Sur son désir la malade est transférée dans un service de chirurgie pour subir la résection du pylore pour cancer. La malade meurt et à l'autopsie on trouve un foyer d'encéphalite encapsulée qui ne s'était manifesté par aucun symptòme.

GUTTICH. — Accident pendant la ponction du sinus maxillaire. — Pendant un lavage du sinus par méat inférieur, s'établit une tuméfaction sur la joue, constituée par l'eau du lavage. Il s'agit très probablement d'une déhiscence traumatique de la paroi sinusale. Le malade a fait une chute sur la tête et depuis, à chaque fois qu'il se mouche fort, sa joue gonfle.

Rohr. — Altérations de l'organe auditif par les sons d'un sifflet. — Expériences destinées à contrôler surtout les travaux classiques de Wittmack. Les altérations paraissent être dues au traumatisme et non pas à l'action du son comme tel. Il ne parait pas possible à Röhr de faire quelque déduction que ce soit sur les localisations du son d'après les expériences par le sifflet, tant qu'on n'aura pas exclu l'action directement traumatisante du son intense.

Séance du 16 février 1912.

Président: Passow.

Secrétaire : BEYER.

BRUHL. — Instruments pour examen de l'appareil vestibulaire. — Chaise rotatoire permettant différentes positions de la tête, fixation de l'otogoniomètre, etc. GROSSMANN. — Présentation d'un sujet pouvant exécuter la contraction du muscle du marteau.

CLAUS. — Nécrose étendue de la paroi du sinus maxillaire après scarlatine. — Rappel de nos connaissances sur les sinusites post-scarlatineuses.

Wagener. — Septicopyémie par ostéo-phlébite. — Garçon de 14 ans atteint depuis 45 jours d'otite. Depuis 4 jours frissons et état pyémique. On se contente d'ouvrir l'antre. Guérison.

Bruhl. - Coupes histologiques. - Bruhl a eu occasion d'examiner le labyrinthe de 15 personnes chez lesquelles intra vitam il a pu lui-même constater une audition normale. Il montre que quantité de constatations qu'on peut faire sur les coupes présentées, comme position anormale de la membrane de Reissner, inégalité des cellules dans l'organe de Corti, collapsus de la rampe cochléaire, gonflement du ligament spiral, etc., sont considérées encore par les auteurs comme dues à des maladies, tandis qu'elles sont l'expression d'altérations agoniques ou dues à la préparation on à d'autres causes indépendantes d'une maladie. Il conseille de ne pas aller trop loin dans la description détaillée des coupes microscopiques et de vouloir, grâce à elles, expliquer les affections de l'oreille interne. Certainement la technique joue un grand rôle dans la préparation des coupes, mais au meilleur histologiste il pourra arriver de ne pas pouvoir utiliser une série de coupes. Il est regrettable de voir reproduites et longuement décrites des coupes pour expliquer des affections quand on sait qu'on a jeté des coupes analogues comme absolument inutilisables.

Séance du 22 mars 1912.

Président : Schwabach. Secrétaire : Beyer.

Discussion de la communication de Wagener sur l'ostéo-phlébite. Blau a vu un cas analogue où il a suffi de faire chez une enfant de 8 ans une paracentèse pour voir disparaître les phénomènes de pyémie.

BLUMENTHAL. — Sans examen bactériologique positif du sang, il est impossible de qualifier le cas de Wagener comme pyémie suite d'ostéo-phlébite. Il a eu occasion d'examiner plusieurs cas analogues à celui de Wagener où il était impossible de trouver une lésion du système veineux de l'os pétreux.

Röhraconte l'histoire suivante. Un malade se présente avec une otite moyenne aiguë qui guérit par un traitement conservateur. Un mois plus tard il se présente de nouveau avec douleurs dans l'oreille. Rien de particulier au tympan. Bonne audition, mais comme le malade présentait un état sub-fébrile, une fois même aussi un frisson, Röhr ouvre la mastoïde, découvre le sinus sans rien trouver de pathologique. La céphalée continue. Huit jours plus tard une paralysie de l'abducteur du même côté. Ponction lombaire normale; le professeur Krause appelé en consultation découvre le cervelet et trouve le sinus transverse entièrement thrombosé. La thrombose se continuait dans le sinus pétreux supérieur et dans le sinus sigmoïde. Dans le sinus sigmoïde, le thrombus n'occupait que la paroi du cervelet, tandis que la paroi accolée à l'os pétreux était saine et animée de pulsations. Quelques jours après le malade a guéri sans qu'on eût à ouvrir le sinus. Pour expliquer ce cas, il faut admettre qu'il s'est agi d'une ostéo-phlébite partie de la caisse et ayant amené l'infection du sinus.

GRAUPNER. — Röntgenogrammes de la tête. — L'auteur explique la technique et l'instrumentation en usage à la Charité pour faire les röntgenogrammes de la tête.

Westenhofer. — Démonstration de préparations. — a. Perforation opératoire de la voûte du sinus sphénoïdal droit. Chez un homme de 20 ans atteint de sinusite sphénoïdale et ethmoïdale avec nécrose des parois sinusales, la voûte du sinus sphénoïdal a été perforée, et le cerveau traumatisé. Méningite, mort. — b. Thrombo-phlébite de la veine condyloïdienne antérieure au cours d'otite.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 26 janvier 1912 (1).

Président : KILLIAN.

Secrétaire : Rosenberg.

West. — **Résection fenêtrée du canal naso-lacrymal**. — Rappel de l'opération préconisée par lui en 1910; 7 malades, 5 guérisons, Présentation d'un nouveau cas guéri.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après Berlin. klinisch. Wochensch., 1912, nºº 11, 18, 24.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX. T. XXXVIII, Nº 41, 1912, 38

Dicussion.

KILLIAN a indiqué une opération destinée à ouvrir le canal nasolacrymal qui consiste à réséquer la tête du cornet inférieur et à ouvrir le canal avec le conchotome de Hartmann. Plus tard, von Eicken a modifié l'opération en ce sens qu'il a ouvert le canal naso-lacrymal par le sinus maxillaire. Faute de malades, Killian n'a pas pu essayer ces opérations.

HALLE a opéré un malade d'après le procédé de West qui lui paraît très recommandable, parce qu'on peut ménager le cornet inférieur. Il présente un malade opéré de sinusite maxillaire chez lequel l'épiphora persiste, malgré un traitement par l'oculiste, Halle a opéré ce malade d'après West et l'a guéri de son épiphora. Ce malade présente maintenant ce phénomène que l'air s'échappe par l'œil quand il se mouche. Halle a essayé de remédier à cet inconvénient de la façon suivante chez trois autres malades : Du pôle antérieur du cornet moyen et du cornet inférieur, l'incision passe en avant de 1 1/2 à 2 centimètres; les points terminaux sont reliés par une incision longitudinale et on obtient ainsi un lambeau muco-périosté qui peut être détaché et repoussé en arrière. Il faut faire ce lambeau très large. On enlève ensuite une partie de l'apophyse frontale du maxillaire et on découvre ainsi le canal naso-lacrymal. Si ce canal est perméable à la sonde on lui enlève la partie latérale sur une longueur de 1/2 à 3/4 de centimètre. On forme ainsi un clapet qui s'accole à la paroi latérale et empêche le passage de l'air. Pour fermer la plaie, on fait une excision dans le lambeau suffisante pour recevoir l'ouverture du canal lacrymal. Le résultat est excellent, trois malades ont guéri sans le moindre inconvénient.

Muschold a guéri deux malades d'une épiphora inguérissable par l'oculiste par l'application d'adrénaline sur le cornet inférieur.

West connaît l'effet de l'adrénaline, mais ne croit pas qu'elle puisse être utile dans les cas invétérés d'épiphora. Il a opéré jusqu'à présent 47 malades et une seule fois il a dû faire une résection de la partie du cornet moyen. Le lambeau de Halle lui paraît constituer une complication de l'opération.

RITTER. — Démonstration d'un compresseur de l'amygdale.

Halle. — Plastique du nez. — Nous devons beaucoup aux efforts de Joseph à ce sujet. La plastique nasale constitue un ensemble

d'opérations pour lesquelles une technique rhinologique spéciale est nécessaire. Il faut que les rhinologistes s'appliquent à la pratique de ces méthodes. L'inconvénient pour la vulgarisation de ces opérations est le fait que les descriptions n'y font rien et qu'il vaut mieux avoir assisté à une opération que d'en avoir lu 100 descriptions.

HAIKE. — Méningite séreuse circonscrite. — La malade présentée a été opérée d'une sinusite frontale gauche. Quatre ansaprès, elle s'est présentée à Haike se plaignant d'une sensibilité excessive de la région frontale durant depuis quelques mois. Dans le nez quelques croûtes. Haike a réopéré la malade. Il n'existait plus de sinus frontal, mais seulement quelques cellules ethmoïdales d'où provenait la sécrétion. Comme ces lésions ne pouvaient pas expliquer les douleurs ressenties par la malade, Haike a découvert la dure-mère et ponctionné le cerveau pour rechercher un abcès, La seringue a ramené en deux fois 10 à 12 centimètres cubes d'un liquide clair. La malade est restée guérie. L'opération a été exécutée sous anesthésie.

Séance du 15 mars 1912.

Président : KILLIAN. Secrétaire : ROSENBERG.

Weingartner. — Syphilis congénitale du pharynx. — Présentation d'une malade avec des lésions cicatricielles très curieuses.

SCHEIER. — **Présentation** d'un chanteur pouvant chanter en même temps dans deux registres (diphonie). Le cas est excessivement rare. Le mécanisme est difficile à étudier par les moyens ordinaires. Scheier, sur le conseil de Frænkel, a examiné le chanteur aux rayons X et présente les diagrammes. Comme résultat, on peut admettre que dans la diphonie un registre est chanté avec les cordes vocales, l'autre avec l'épiglotte qui se replie de façon convenable pour former une sorte de glotte.

Discussion.

Muschald croit qu'une partie du deuxième registre naît sur la luette et il croirait que les sons graves y naissent chez ce chanteur.

car en effet, si on touche la luette à la sonde ou si on introduit le laryngoscope ou le pharyngoscope, le chanteur ne peut plus chanter dans le registre grave.

ALBRECHT. — Deux cas de décanulement difficile. — La cause est une sténose post-diphtérique datant, chez les deux enfants intubés au moment de la diphtérie, depuis un an et un an et demi. Le larynx était complètement sténosé chez l'un et presque complètement chez l'autre. Les cas ont été soumis à la laryngostomie, La dilatation a été faite par des éponges caoutchoutées. Les enfants sont en voie de guérison, seule la plastique doit être encore faite.

Discussion.

KILLIAN a personnellement guéri un grand nombre de cas par le laryngostomie et emploie maintenant seulement cette méthode dans les cas sérieux de sténose.

ALBRECHT. — Périchondrite laryngée chez un enfant. — Le diagnostic a été surtout fait grâce à une sensibilité très prononcée et localisée dans le cartilage thyroïde et par l'aspect de la muqueuse laryngée qui était lisse et paraissait couvrir une tuméfaction. On ne pouvait songer qu'à une opération par voie externe. Le cartilage thyroïde était mou comme une membrane. Après excision de cette partie ramollie, on a ouvert un abcès. Il s'agissait probablement d'une périchondrite tuberculeuse sans que ce diagnostic puisse être confirmé.

Discussion.

MAYER croit qu'il s'agit plutôt d'une gomme.

Killian attire l'attention sur le grand avantage qu'on a d'opérer ces cas par voie externe. A ce propos, il recommande à la lecture un travail de Hinsberg (voir les analyses) sur le même sujet.

HÖLSCHER a opéré un cas analogue chez une malade très affaiblie par une laryngite tuberculeuse combinée de tuberculose pulmonaire. La malade a très bien supporté l'opération et la laryngite tuberculeuse a guéri.

ALBRECHT. — Abcès chronique de l'osophage. — Malade se présente avec dysphagie. A 25 centimètres de l'arcade dentaire, la sonde œsophagienne est arrêtée. Vu l'état misérable du malade, on fait le diagnostic de cancer de l'œsophage. Par simple routine, on introduit l'œsophagoscope. On voit alors que la paroi postérieure de l'œsophage était uniformément tuméfiée, laissant de la lumière de l'œsophage une fente étroite en avant et s'opposant bientôt au passage du tube œsophagoscopique. En voulant sonder la tuméfaction, on la rompt et une énorme masse de pus se vide. L'étiologie de ces abcès est presque toujours le même. Un corps étranger de l'œsophage cause une blessure au moment de son passage.

Discussion.

HAYMANN connaît deux cas où un abcès péri-œsophagien s'est développé à la suite d'un érysipèle de la tête.

Payson admet une autre étiologie pour ces abcès. Il a observé un abcès rétro-pharyngé qui est descendu le long de la paroi-œsophagienne.

Halle a vu également un cas absolument analogue au cas présenté chez lequel la filiation entre érysipèle et abcès de l'œsophage a pu être démontrée.

Séance du 19 avril 1912.

Président : HAYMANN. Secrétaire : Rosenberg.

H. I. Wolff. — Modification de l'appareil de Killian pour la laryngoscopie en suspension. — La modification consiste à pouvoir appliquer l'appareil à toutes les tables. Un autre avantage appréciable est que l'appareil de Wolff ne coûte que 50 mk, tandis que celui de Killian coûte le triple.

Discussion.

HÖLSCHER. — L'appareil de Killian pour la laryngoscopie en suspension a été de nouveau modifié par son auteur. On l'emploie presque couramment maintenant chez Killian. Actuellement on a opéré 28 cas d'après cette nouvelle méthode. Pour le moment, il faut encore employer l'anesthésie par la scopolamine morphine. Si au moment de l'opération on anesthésie encore à la cocaïne la langue et le larynx on peut faire avec le malade ce que l'on voudra. Une seule fois la laryngoscopie en suspension n'a pu être faite.

SCHOETZ ne peut pas se familiariser avec cette méthode qui pour le moins expose le malade à l'hémorragie si après l'intervention il reste encore des heures sous l'action de la scopolamine.

HÖLSCHER. — Laryngostomie pour tuberculose étendue du larynx. — Le malade présentait surtout une grosse ulcération du cartilage cricoïde qui entretenait un œdème du larynx ayant nécessité d'abord la trachéotomie d'urgence et ensuite la laryngostomie.

Discussion .

BLUMENTHAL n'aurait pas fait, dans le casprésenté, la laryngostomie. Il se serait contenté de la trachéotomie qui suffit dans les cas analogues à faire disparaître l'œdème.

STURMANN. — Sur la dilatation du maxillaire supérieur. — Un jeune homme de 16 ans est venu consulter pour obstruction nasale. Il existait chez lui une déviation de la cloison obstruant totalement la fosse nasale gauche avec hipsistophilie. Sturmann a adressé ce malade au dentiste Weski pour lui faire la dilatation du maxillaire supérieur. Au bout de 2 mois et demi, le palais avait complètement perdu son ogivité anormale et la cloison s'était idéalement redressée. A l'avenir, il faudra pour des cas analogues s'adresser d'abord à un traitement orthopédique avant d'avoir recours à l'intervention sanglante. Sturmann cite un travail de Payser et Landsberger sur ce sujet (voir les analyses).

Discussion.

Payser est très heureux d'apprendre que Sturmann a obtenu un si joli résultat. Dans ses propres observations, il n'a vu que des déviations peu prononcées se corriger, mais il a connaissance d'autres cas dans lesquels des cloisons absolument anormales se sont arrangées, uniquement à la suite de l'abaissement du plancher nasal, de sorte qu'il ne peut plus douter de cette action correctrice de la dilatation du maxillaire supérieur.

LANDSBERGER. — De l'influence des dents sur le développement du nez. — Les dents du maxillaire supérieur ont une tendance à se développer dans une direction centrifuge. Si pour une raison ou une autre les dents du maxillaire supérieur disparaissent au

moment du développement du crâne le côté correspondant du maxillaire ne se développe pas. Le développement du crâne et sa largeur dépendent du développement des dents. Quand les dents ne peuvent pas suivre leur impulsion naturelle de développement centrifuge, l'apophyse alvéolaire s'allonge, d'où l'ogivité du palais paraît augmentée, la cloison dévie et le cornet inférieur s'hypertrophie.

Discussion.

ROSENBERG oppose aux expériences de Landsberger tout ce que nous savons sur les relations du palais ogival avec l'obstruction nasale

Peyser, tout en constatant les résultats thérapeutiques obtenus en commun avec Landsberger, se sépare complètement de lui quant à l'explication théorique.

Barth demande jusqu'à quel age le traitement orthopédique permet d'espérer un résultat favorable.

LANDSBERGER. — La plupart de ses malades n'avaient pas dépassé l'âge de 46 ans, mais il a obtenu de bons résultats dans trois cas où les malades avaient 23, 24 et 25 ans. Tout dépend du degré d'ossification de la suture palatine. La durée du traitement est de 3 à 6 mois.

RITTER. — Opération directe dans le cavum. — Les premiers essais d'opérer directement, c'est-à-dire sous le contrôle direct de la vue, datent des publications de Gyergyai qui, à cause de leurs nombreux inconvénients et dangers, n'ont pas été suivis. Bien plus commode est le spéculum de Yankauer qui n'a aucun des inconvénients reprochés à la méthode de Gyergyai et qui ne réclame qu'une bonne cocaïnisation du voile. L'instrument, une sorte de spéculum introduit par la bouche, permet de faire commodément l'inspection de la paroi postérieure du cavum. On peut avec cet instrument enlever des adénoïdes si elles ne sont pas trop développées, on peut nettoyer la fossette de Rosenmuller, enlever des parties pour biopsie. Bien entendu l'instrument ne remplace pas la rhinoscopie postérieure.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 30 octobre 1911 (1).

Président : V. Urbantschitsch. Secrétaire : Bondy.

Bondy. — Cas de fistule du labyrinthe guérie. — Fillette de 15 ans avec symptôme fistulaire net, opérée de radicale. Après guérison le symptôme de la fistule a disparu, l'audition, avant l'opération, était d'un demi-mètre, après l'opération six mètres.

Discussion.

ALEXANDER approuve Bondy en attirant l'attention sur la paralabyrinthite avec phénomène fistulaire. Tous les cas ne suivent pas la même évolution que le cas présenté et il faut distinguer surtout entre les formes subaiguës qui peuvent évoluer favorablement et les formes chroniques qui générablement se terminent par la surdité. Les cas ne doivent pas être très fréquents.

RUTTIN a vu pour son compte personnel plus de 50 cas. Le pronostic de l'audition dépend de l'apparition de la labyrinthite séreuse post-opératoire. Quand, après l'opération, paraissent des phénomènes labyrinthiques, on peut s'attendre à voir l'audition disparaître ou diminuer.

ALEXANDER. — Il est certain que la labyrinthite séreuse peut compliquer un certain nombre de ces cas. Mais à côté, il existe d'autres cas où les opérés ne présentent aucun phénomène de labyrinthite et néanmoins ces malades deviennent sourds 2 ou 3 mois après l'opération. Comme explication il faut admettre qu'il se développe chez ces malades une dégénérescence de l'acoustique.

Bondy. — Une publication traitant de la question de la fistule du labyrinthe paraîtra, dans laquelle le pronostic des fistules et de l'audition sera étudié. On ne peut pas établir un pronostic favorable uniquement parce que l'otite était subaiguë. Il se rappelle personnellement d'un cas où au cours d'une mastoïdite aiguë s'est développée une fistule du canal externe. On s'est contenté d'une

Compte rendu par Lautmann d'après Monatsch. f. Ohrenh. Nº 12, 1911-1912, nº 1.

antrotomie large. Le malade a fait une labyrinthite séreuse. Revu un an après l'opération, il s'est trouvé complètement sourd du côté opéré.

Bondy. — Labyrinthite aigué et méningite. — Homme de 30 ans présente du vertige, troubles de l'équilibre et vomissements. En raison d'une surdité complète, de l'inexcitabilité calorique et du nystagmus spontané vers le côté sain, on pose le diagnostic de labyrinthite. Le lendemain de l'examen violente céphalée sans autre symptòme, température normale. On fait la labyrinthotomie. Mort le lendemain. Le cas prouve qu'il est difficile de reconnaître le début d'une méningite au cours d'une labyrinthite et qu'en règle il faut toujours opérer les labyrinthites suppurées.

E. Urbantschitsch. — Épithélioma péri-auriculaire. — La tumeur s'est développée sur un nævus. Opération et plastique sous anesthésie locale.

E. Urbantschitsch. — Rupture bilatérale du tympan et fracture bilatérale du conduit externe consécutives à une chute, chez un hémophile.

E. Urbantschttsch. — Dépôt calcaire dans l'oreille moyenne. — Fillette de 12 ans opérée de radicale à l'âge de 9 ans. La brèche opératoire est remplie d'un dépôt calcaire. Une calcification complète de la muqueuse de la caisse et des restants du tympan se voient chez une autre malade de 54 ans, chez laquelle a existé, dans son enfance, une otorrhée chronique.

Beck. — Abcès temporal latent à gauche. — A la suite d'une antrotomie, un garçon de 7 ans présentait de la céphalée, une certaine apathie avec expression stupide de la figure; auparavant, enfant gai et vif. En réexaminant la plaie opératoire on trouve dans l'apophyse zygomatique un foyer suppuré qui conduit vers un autre foyer dans le lobe temporal. Drain en gomme, pansements quotidiens, guérison.

Beck. — Syphilis du labyrinthe. — Le malade est devenu totalement sourd à gauche six semaines après une injection de Salvarsan. Sous un traitement mercuriel l'audition est lentement revenue jusqu'à 4 mètres. Le labyrinthe malade était inexcitable à

la rotation et hyperexcitable à la calorification. Plus tard ces troubles labyrinthiques ont disparu.

Neumann. — Lésions vestibulaires dues au Salvarsan. — Le malade présentait un certain nombre de lésions du vestibule qui permettent de localiser exactement l'action du Salvarsan. Chez le malade, le fait même que l'excitation galvanique était normale prouve que la partie rétro-labyrinthique de l'acoustique n'était pas lésée. Comme l'excitabilité calorique n'était pas supprimée on peut admettre l'intégrité de l'appareil lymphokinétique. Le nystagmus gyratoire n'existait pas, ce qui s'explique par la lésion partielle du neurone de l'acoustique.

Hofer. — Thrombose primitive du golfe avec abcès péri-bulbaire. — Garçon de 47 ans opéré au cours d'une pyémie. On exécute la radicale et on enlève un séquestre allant jusqu'au golfe de la veine jugulaire. Ligature de la veine jugulaire et ouverture du golfe de la veine. Comme la fièvre ne cesse pas on institue les lavages de la veine jugulaire et du golfe. A l'autopsie on reconnaît un abcès péri-bulbaire allant jusqu'à l'articulation atloïdo-occipitale avec multiples abcès dans le poumon et différentes thrombophlébites.

Braun. — Sur le spirosol. — Le spirosol est un liquide incolore, non irritant, qui, pur ou mélangé d'alcool, peut être instillé dans le conduit. Son action dans les otites aiguës est manifestement sédative. En frictions elle calme les douleurs dans la mastoïdite. Son emploi est assez pratique.

Séance du 27 novembre 1911.

Président : V. Urbantschitsch. Secrétaire : E. Urbantschitsch.

RUTTIN. — Déviation conjuguée à droite avec parésie du regard à gauche. — Cas intéressant pour les théories de la localisation supra-nucléaire des muscles de l'œil.

FREY. — Obstruction du conduit par une exostose. Opération. — Femme de 32 ans se plaignant de surdité. Tout le conduit est obstrué par une exostose. Pour savoir comment était l'état de l'oreille derrière l'exostose, on a fait un examen aux rayons X qui est resté négatif. Opération. Incision du pavillon. Libération du conduit membraneux. L'exostose s'enlève avec quelques coups de gouge. Élargissement du conduit osseux. Lambeau de Panse. Opération faite sous anesthésie locale avec un excelleut résultat fonctionnel.

REIGH. — L'épreuve de l'index et la réaction vestibulaire. — Pour que la réaction du Barany réussisse, il faut éliminer l'intervention de l'attention. Reich conseille à cet effet de faire exécuter par la main non examinée un travail quelconque, par exemple, toucher l'index du médecin ou toucher le nez du malade.

RUTTIN. — Labyrinthite circonscrite. — Malade de 21 ans atteinte d'otorrhée depuis trois ans, bourdonnement d'oreilles depuis quelques mois, vertige depuis cinq jours. Granulation dans la caisse, sécrétion fétide, voix haute 3 mètres, voix chuchotée demimètre. Rinne —, Schwabach +. Mouvements très lents des globes à droite et à gauche. Nystagmus spontané vers le côté sain. Réaction calorique typique, symptôme de la fistule positif. Opération. Cholestéatome et fistule ronde sur le canal horizontal externe. Disparition du nystagmus et des mouvements lents après l'opération. Ces mouvements lents sont chose très rare.

RUTTIN. - Exclusion bilatérale totale du labyrinthe. - Homme de 19 ans totalement sourd à gauche depuis quinze ans et à droite depuis trois semaines. De plus vertige, céphalée, fièvre, frissons. Des deux côtés pas de nystagmus calorique ni gyratoire. Léger nystagmus spontané à gauche. Peu de troubles de l'équilibre. En raison du cholestéatome qui se trouvait à droite et des phénomènes septiques que présentait le malade, il a fallu intervenir. Sinus procident. Faire la radicale était déjà très difficile. Fistule du canal externe. Les conditions étaient si défavorables que l'opération de la labyrinthite était presque impossible, mais comme il y avait du pus dans le labyrinthe, il a fallu tout de même ouvrir le labyrinthe. Compression énergique du sinus pour gagner de la place et opération d'après Neumann. Guérison. Le cas montre que 3 semaines après l'exclusion totale des deux labyrinthes tous les phénomènes labyrinthiques subjectifs peuvent avoir disparu. Il est probable que les troubles de l'équilibre persistent des mois et des années après la suppression des deux labyrinthes, comme, par exemple, dans la méningite cérébrospinale et ont une autre cause qu'une cause labyrinthique.

Discussion.

ALEXANDER examine le malade à son tour et prouve que les troubles de l'équilibre niés par Ruttin existent chez le malade, ainsi, par exemple, au moment où le malade ferme les yeux, il vacille, il ne peut plus se tenir sur une jambe les deux yeux fermés; la démarche du malade, les yeux fermés, est hésitante, avec déviation. Bref, ce malade, comme tous les autres chez lesquels l'excitabilité réflexe du labyrinthe est éteinte, montre des troubles de l'équilibre qu'il faut seulement rechercher. Il n'est pas exact que les troubles de l'équilibre chez les sourds méningitiques soient d'origine cérébelleuse.

RUTTIN. — Symptôme de la fistule et nystagmus de la tête. — Le malade présente le symptôme de la fistule à gauche et en même temps un nystagmus de la tête à droite. Ce symptôme à été passager, il a disparu spontanément.

E. Urbantschitsch. — Abcès périosté et méningite ? guérie au cours d'une otite aiguë. — La méningite a été diagnostiquée simplement d'après les phénomènes cliniques, vomissements, perte de la connaissance, ralentissement du pouls, etc. L'abcès périosté contenait 4 litre de pus.

E. Urbantschitsch. — Fistule du canal semi-circulaire et labyrinthite suppurée avec abcès du cerveletau cours d'une otite aigué.

— Début de septembre, le malade, âgé de 49 ans, fait une otite aigué
suppurée à gauche avec céphalée et vertige. Fin octobre le malade
présente un peu de nystagmus spontané; symptòme de la fistule
très marqué à la pression sur le tragus. Radicale. Cinq jours après
f'opération début de la méningite avec surdité complète. On ouvre
le labyrinthe d'après Neumann. Quelques jours plus tard on fait
l'opération du sinus et on lie la jugulaire. A l'autopsie on trouve,
en dehors d'une méningite banale, un abcès du vermis.

RUTTIN. — Abcès du lobe temporal avec perforation dans la corne inférieure. — La malade arrive dans un état presque comateux à la clinique. Ruttin diagnostique un abcès du lobe temporal, otorrhée à droite. Labyrinthe excitable, parésie des extrémités, gauches, absence des réflexes profonds à gauche, Kernig positif, rigidité de la nuque, pouls à 90. A l'opération, on trouve l'abcès.

Au toucher avec le doigt, Ruttin trouve qu'en avant, l'abces est limité par une capsule, mais pas en arrière. Quatre jours après, le malade meurt. A l'autopsie, on reconnaît que l'abces bien drainé était perforé dans la corne inférieure.

Séance du 29 janvier 1912.

Président : Politzer. Secrétaire : E. Urbantschitsch.

Beck. — Polynévrite cérébrale méniériforme, type Frank Hochwart. — Les deux cas présentés offrent à peu près la même symptomatologie d'une paralysie du nerf vestibulaire et facial survenue après l'injection de salvarsan. Chez le deuxième malade le nerf trochléaire a été également infecté.

Beck. — Polynévrite cérébrale avec perte de la réaction calorique et conservation du nystagmus gyratoire. — Chez ce malade s'est développée une paralysie de l'acoustique et du facial après l'emploi du salvarsan. Intéressante est l'existence d'un faible nystagmus gyratoire avec perte du nystagmus calorique.

RUTTIN. - Labyrinthite séreuse. - Garçon du 10 ans atteint d'otite à droite depuis deux jours. Céphalée, vertiges. Un seul vomissement. Examen fonctionnel à gauche normal, à droite surdité complète. Weber à gauche, Schwabach diminué, nystagmus spontané à gauche. Pas de réaction calorique. Pas de symptômes de fistule. Pas de phénomènes oculaires. Pas de Kernig. Température 37°,4. Ponction lombaire donne un liquide clair sous forte pression. On pouvait hésiter entre le diagnostic d'une labyrinthite suppurée avec méningite au début ou méningite tuberculeuse avec exsudat dans le conduit interne à droite. Ruttin fait la radicale pour se rendre compte de l'état de la paroi labyrinthaire. Ne trouvant aucune anomalie, il suppose qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse et n'ouvre pas le labyrinthe. Deux jours après l'enfant va mieux. L'audition commence à revenir. Pas de nystagmus. Quelques jours plus tard se développe une parésie du facial. A la fin du traitement la fonction de l'oreille est devenue presque normale.

Discussion.

ALEXANDER tient essentiellement à considérer comme séreuse une labyrinthite à condition que cette labyrinthite se termine par la guérison. Ainsi définie la labyrinthite séreuse est une conception clinique plutôt qu'anatomo-pathologique.

Barany ne peut pas admettre qu'on établisse un diagnostic d'après la terminaison d'une maladie, ainsi que le veut Alexander. Nous connaissons bien des labyrinthites d'origine toxique qui sont des labyrinthites séreuses, et qui ne se terminent pas toujours par le rétablissement de la fonctien.

RUTTIN. — Otite suppurée chronique à droite. Cholestéatome. Abcès extra-dural, méningite. Opération. Guérison. — Au cours de la radicale on tombe sur un abcès extra-dural. La dure-mère nécrosée sur une grande étendue. Incision de la dure-mère et du lobe temporal. La ponction lombaire donne un liquide normal. Les jours qui suivent l'opération, le tableau de la méningite devient de plus en plus prononcé. Rigidité de la nuque. Céphalée. Rétraction de l'abdomen. Kernig. Il se développe une hernie cérébrale. Pendant quelques jours, le malade présente un violent nystagmus spontané vers le côté malade. Double papillite surtout à droite. L'examen par les mouvements réactionnels d'après Barany fait supposer l'existence d'un abcès du cervelet. En conséquence, nouvelle opération. Ouverture de la fosse cérébrale postérieure, mais comme la dure-mère est normale, Ruttin n'incise pas. Dans la suite, quelques accès d'épilepsie jacksonienne. Après tous ces incidents, la malade, une jeune fille de 19 ans, a guéri.

RUTTIN. — Otite suppurée chronique à droite. Cholestéatome. Érosion du sinus. Opération. Guérison. — Enfant de 43 ans a de la fièvre depuis 4 semaines et un écoulement de l'oreille droite depuis 8 jours. L'oreille droite présente une petite perforation. Le labyrinthe est normal, la mastoïde un peu sensible. A l'examen des poumons, on constate un abcès du poumon à droite. Ruttin opère. Après l'incision cutanée, se produit une telle hémorragie qu'on ne peut presque pas l'arrêter. L'opération est continuée malgré cela. Ruttin reconnaît une destruction complète de la paroi postérieure du conduit externe due à un cholestéatome et l'érosion du sinus. Radicale typique. Ligature de la jugulaire. Guérison.

E. Urbantschitsch. — Méningite séreuse consécutive à une labyrinthite post-opératoire. — Jeune fille de 47 ans est opérée de radicale à gauche. Quelques jours après l'opération, la malade présente de la céphalée, de la fièvre, des crises de cris, la rigidité de la nuque et un nystagmus spontané rotatoire vers le côté malade. Le labyrinthe est inexcitable. En conséquence on suppose un abcès du cervelet et on ouvre le labyrinthe d'après Neumann. Comme la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure paraît normale, on la respecte. A la suite de l'ouverture du labyrinthe tout rentre dans l'ordre.

Bondy. — Abcès du lobe temporal avec méningite consécutive et érosion d'un vaisseau de l'arachnoïde. — Homme de 61 ans présente une otorrhée fétide à droite, de la céphalée à droite avec de la somnolence. Kernig et Babinsky, hémiparésie à gauche. On ouvre un abcès du lobe temporal recouvert d'une membrane épaisse. Le malade est mort. A l'autopsie, on s'est rendu compte que l'abcès était complètement vidé, mais qu'il existait une méningite avec encéphalite très étendue.

E. Urbantschitsch. — Carcinome du périoste de l'apophyse mastoïde. — Un malade de 60 ans a été opéré de mastoïdite en mars 1911. Après l'opération ont persisté des douleurs qui ont obligé le malade, considéré probablement comme nerveux, à faire une saison dans une station balnéaire. Le malade a été débarrassé de ses maux de tête, mais a perdu 25 kilogrammes. Depuis décembre 1911, céphalée et insomnie ont recommencé. En même temps a paru une petite tumeur dans la cicatrice de l'opération. La tumeur a été enlevée au début de janvier. L'os commençait déjà à devenir friable. L'examen histologique a montré qu'il s'argissait d'un carcinome à cellules pavimenteuses.

ALT. — Sur quelques cas d'hyperexcitabilité de l'appareil vestibulaire. — On connaît les cas chez lesquels un simple Politzer est capable de provoquer une chute avec vertige, vomissements, etc. Une autre catégorie d'hyperexcitabilité de l'appareil vestibulaire concerne les cas dans lesquels après radicale le canal externe est exposé et réagit facilement aux irritations mécaniques. Une malade de Alt opérée de cholestéatome il y a 6 ans présentait quelques masses lamelleuses depuis l'opération autour du canal externe. Chaque fois qu'on voulait nettoyer à la pince ces lamelles, le ma-

lade présentait vertiges et vomissements, accès qui a duré une fois quatre jours. Une autre malade est une jeune fille de 15 ans opérée de radicale à l'âge de 8 ans, qui n'a jamais présenté aucun phénomène vestibulaire. Du côté opéré, elle entend la voix chuchotée à 2 mètres 1/2. Chaque fois que l'enfant veut faire de la danse ou de la gymnastique elle est prise de vertige au moindre mouvement. Enfin, une malade de Alt est si susceptible au lavage de la caisse qu'il lui arrive d'avoir des vertiges pendant deux jours à la suite d'un lavage. Les cas d'hyperexcitabilité vestibulaire les plus marquants se voient chez les accidentés. Chez ces malades, c'est la neurasthénie et pas l'affection auriculaire qui est la cause de cette hyperexcitabilité.

Discussion.

FREY. Les phénomènes d'hyperexcitabilité vestibulaire, ou mieux les phénomènes de réaction exagérée se trouvent même chez des personnes normales. C'est une réaction dépendant du système nerveux général.

RUTTIN. Les cas qui présentent le phénomène de la fistule ne peuvent pas être considérés comme présentant une hyperexcitabilité vestibulaire. Au contraire, malgré l'apparence, on peut dire que leur labyrinthe est moins excitable. De même les accidentés dont parle Alt présentent plus souvent un appareil vestibulaire hypoexcitable que hyperexcitable. On peut s'en rendre compte par l'épreuve calorique binaurale. Les accès de vertige spontané que présentent ces malades n'ont rien à faire avec l'hyperexcitabilité vestibulaire. En faisant l'épreuve calorique binaurale, on peut voir que ces malades présentent tous les phénomènes nerveux, transpiration, sueurs, etc., sans présenter de nystagmus.

Barany n'admet pas l'expression d'hyperexcitabilité dans le sens dans lequel Alt l'emploie. L'hyperexcitabilité de l'appareil vestibulaire n'a été constatée jusqu'à présent qu'à la suite de l'augmentation de la tension dans la fosse cérébrale postérieure. Les cas de Alt doivent être considérés comme présentant une excitabilité anormale. Ainsi que Ruttin l'a trouvé l'hyperexcitabilité de l'appareil vestibulaire se rencontre surtout dans les cas de tumeur de la fosse cérébrale postérieure.

Séance du 26 février 1912.

Président : Politzer. Secrétaire : E. Urbantschitsch.

GOMPERZ. — Goloration bleue de la paroi interne de la caisse. — A travers une large destruction du tympan consécutive à une scarlatine on voit la paroi interne de la caisse recouverte d'une cicatrice lisse, épidermisée, de couleur d'un bleu noir foncé. Peutêtre s'agit-il du golfe de la veine jugulaire.

GOMPERZ. — Tache jaune du manche du marteau. — Présente une jeune fille de 12 ans qui montre près du manche du marteau une tache jaune. On ne connaît pas l'étiologie de ces taches. Il faut les distinguer des colorations jaunâtres en forme de faux décrites par Lautmann et dues généralement à l'introduction d'huile dans le conduit.

Discussion.

Unbantschitsch. — La teinte bleue dans le premier cas n'est pas due à la transparence du golfe, mais simplement à un effet optique et causée par un exsudat de liquide ou d'air même derrière une membrane mince. On peut voir ces colorations bleues après radicale. On croit avoir affaire à un sinus dénudé. En réalité, après ponction, on reconnaît que derrière la mince membrane transparente il n'y a que de l'air.

Ruttin a vu plusieurs fois ces formations de tumeur bleue qui après incision laissait écouler un liquide plus ou moins foncé.

Bondy. — Ossification du labyrinthe. — Malade de 19 ans souffre d'otorrhée post-scarlatineuse à gauche depuis l'enfance. Depuis 4 semaines, l'otorrhée a augmenté, depuis quelques jours céphalée et vertige. L'oreille gauche est complètement sourde et caloriquement inexcitable. Nystagmus gyratoire des deux côtés de 10 secondes. Température 38°,4. On pose le diagnostic de labyrinthe ossifié, en raison du système de la compensation. Néanmoins on essaye à la suite de la radicale l'ouverture du labyrinthe, mais on trouve un labyrinthe complètement ossifié. Ainsi le sympannales des maladies de l'obseille et du Larynx, T. xxxvIII, N° 11, 1912,39

tôme de Ruttin s'est montré fidèle pour la reconnaissance de la labyrinthite cicatrisée.

RUTTIN. - Labyrinthite suppurée diffuse à droite et circonscrite à gauche. Remarques sur les troubles de l'équilibre. - A l'âge de 19 ans le malade a fait une otorrhée double qui aurait recommencé depuis huit semaines. Depuis cette époque vertige et surdité complète. Dans l'oreille droite on trouve un grand polype avec cholestéatome et dans l'oreille gauche une destruction complète du tympan avec cholestéatome. Les deux oreilles complètement sourdes. Il existe un nystagmus spontané à droite. L'oreille droite est inexcitable caloriquement, tandis que cette réaction se fait bien du côté gauche. Du côté gauche existe également le symptôme de la fistule. Des deux côtés existe un nystagmus gyratoire. Ruttin ouvre à droite la mastoïde et le labyrinthe, tandis que, à gauche, il n'exécute que la radicale. Six semaines après l'opération il n'existait aucun nystagmus spontané et c'est à peine si l'on pouvait provoquer un nystagmus calorique. Par contre les troubles de l'équilibre sont très marqués. Ces troubles de l'équilibre ne proviennent sûrement pas du cervelet. Comme seule explication, il faut admettre qu'ils sont dus au reste de fonction du labyrinthe gauche. Ces phénomènes de troubles de l'équilibre ne persistent pas après destruction totale des deux labyrinthes.

RUTTIN. — Abcès de la parotide avec perforation dans le conduit externe. — Chez une femme de 40 ans un abcès provenant de la région parotidienne a perforé le conduit cartilagineux. Il est probable que la perforation a eu lieu dans la fissure de Santorini.

RUTTIN. - Carcinome du pavillon.

RUTTIN. — Sur la correction de l'oreille pendante.

Beck. — Diagnostic différenciel de paralysie progressive et de gomme du cervelet. — Le malade est syphilitique depuis 11 ans. Depuis 1 an 1/2 bourdonnements à gauche et surdité progressive, céphalée depuis 6 ans. Depuis quelque temps mauvais état général, céphalée, vertige. Enfin crise maniaque pour laquelle le malade a été interné. A l'hôpital amélioration après un traitement spécifique. Beck constate à la sortie de l'hôpital une surdité nerveuse à gauche, nystagmus à grosses ondulations à droite, Romberg avec

chute à droite et en arrière, non influencé par la position de la tête ni par l'excitation calorique du vestibule qui se fait très promptement à gauche. L'épreuve de Barany est positive pour les deux extrémités supérieures, c'est-à-dire le malade dévie à gauche en faisant épreuve de l'index. Le reste de l'état nerveux ne donne rien de particulier, la réaction pupillaire surtout est normale. En conséquence on fait le diagnostic de tumeur (gomme) du cervelet. En résumé, le diagnostic s'appuie sur les constatations suivantes : 1º nystagmus ondulatoire très fréquent dans les tumeurs, 2º hyperexcitabilité vestibulaire du côté malade, 3º indépendance de la direction de la chute du nystagmus provoqué. La suite a montré l'exactitude du diagnostic par l'amélioration sous l'influence du traitement spécifique.

BECK. — Exclusion de l'appareil vestibulaire gauche du fait d'une labyrinthite suppurée à droite. Rétablissement de la fonction après labyrinthotomie à droite. — Malade de 32 ans atteint d'otorrhée à droite depuis 4 ans, à gauche depuis 2 ans. Depuis 3 mois accès de vertige si violents que le malade perd l'équilibre et doit se coucher. Vomissements. Depuis quelque temps hésitation à la marche dans l'obscurité. Pas de fièvre. Pas de syphilis.

Oreille droite : surdité totale. Pas de réaction calorique, pas de nystagmus rotatoire, pas de symptome de la fistule. Destruction totale du tympan. Polype à la paroi latérale du labyrinthe. Cholestéatome de l'attique. Oreille gauche : voix haute, 7 mètres; voix chuchotée, 1/4 de mètre (appareil tapageur) Ev. latéralisé à gauche, R—, conduction osseuse augmentée. Destruction presque totale du tympan. Pas de nystagmus rotatoire. La réaction calorique n'est pas provoquée, après trois injections d'eau froide. Pas de symptome de la fistule. Pas de nystagmus spontané.

Fond de l'œil normal. De plus Kernig, sensibilité du trijumeau. En conséquence labyrinthotomie à droite d'après Neumann. Après la labyrinthotomie pas de nystagmus spontané auquel on pouvait s'attendre. Sept semaines après l'opération on peut constater que la réaction calorique a réapparu. Ce cas est un nouvel exemple de la constatation faite par Barany d'après laquelle la destruction du labyrinthe d'un côté influence toujours l'excitabilité vestibulaire du côté opposé.

Beck. — Exclusion isolée de la fonction de l'appareil vestibulaire d'origine syphilitique avec troubles hystériques de l'équilibre. — Chez cette malade existait d'abord une inexcitabilité avec troubles consécutifs de l'équilibre. Après guérison de l'affection du nerf vestibulaire, les troubles de l'équilibre, loin de disparante, ont augmenté, révélant par là leur origine hystérique.

BARANY. — Présentation d'une nouvelle chaise rotatoire. — La chaise a comme particularité de permettre sa transformation en it pour la recherche des mouvements réactionnels (chez Reiner, 250 couronnes).

Neumann. - Sur la nécrose du labyrinthe et les opérations du labyrinthe. — Le petit enfant de 7 mois présenté est un exemple de ce que chaque intervention dans la caisse, ne serait-ce qu'un simple lavage, peut être suivie des complications les plus dangereuses si le labyrinthe est malade. En conséquence le labyrinthe devrait être toujours examiné avant chaque traitement d'otorrhée. Chez ce petit malade existait une otorrhée avec polypes. Dans une clinique on a enlevé les polypes sans avoir fait d'examen fonctiornel de l'oreille. A la suite de cette intervention l'enfant a présenté céphalée, vertige, troubles de l'équilibre. Neumann a eu occasion d'opérer l'enfant le lendemain. Le labyrinthe était infiltré de granulations, qui se trouvaient à la place du promontoire et à la place du canal externe. Il a été impossible, à cause de la procidence du sinus, d'opérer le labyrinthe. Neumann a dù se contenter d'ouvrir le labyrinthe par les fistules et de mettre à nu la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne et postérieure. De crainte de blesser le facial, il a dû interrompre l'opération.

Discussion.

Frey constate que Neumann lui-même a renoncé dans ce cas à son propre procédé et s'est contenté de l'ouverture du labyrinthe par l'oreille moyenne. Le cas prouve qu'on peut suffisamment drainer le labyrinthe par une ouverture par l'oreille moyenne.

NEUMANN n'a pas présenté le cas pour prouver que sa méthode d'opérer le labyrinthe était inutile. Il ne faut pas oublier que si à la suite d'une otite se développe une labyrinthite l'affection ne se cantonne pas dans le labyrinthe, mais occupe toute la région autour du labyrinthe. Dans le cas présenté les lésions trouvées ont pour ainsi dire indiqué la façon dont il fallait ouvrir le labyrinthe. Du reste l'enfant n'est pas encore guéri et il est probable que des parties nécrosées vont s'expulser spontanément.

Politzer a prouvé dans un article paru dans Archiv f. Ohrenh.,

t. LXXXV (voir les analyses) que ni l'ouverture du labyrinthe par les canaux semi-circulaires et le vestibule, ni celle d'après la méthode de Neumann ne permet d'éliminer complètement le foyer de suppuration du labyrinthe. Il importe d'ouvrir et de nettoyer le limaçon parce que la plupart des méningites otogènes surviennent du fait de l'irruption du pus par le limaçon dans le conduit interne.

Séance du 18 mars 1912.

Présilent: Politzer. Secrétaire: E. Urbantschitsch.

E. Urbantschitsch. — Angio-sarcome de l'oreille moyenne. Amélioration par l'acide citrique. — La malade âgée de 76 ans souffre d'un angio-sarcome de la caisse à droite opéré déjà deux fois. La tumeur paraît relativement bénigne mais à cause des hémorragies tous les moyens essayés étaient infructueux, excepté le jus frais de citron. Depuis l'emploi d'un pansement au jus de citron frais la tumeur a diminué de moitié et les hémorragies n'ont plus réapparu.

Discussion.

ALEXANDER a opéré avec excellent résultat deux cas d'angio-sarcome dont l'un par les rayons X. Ces tumeurs donnent chez les enfants un mauvais pronostic, chez les adultes il est meilleur.

Politzer a trouvé que les bains d'alcool détruisent les tumeurs vasculaires à condition de donner des bains d'alcool très prolongés pendant des heures et durant plusieurs mois. Dans les premières semaines, les polypes par exemple ne semblent pas du tout être influencés par l'alcool. Si on continue on voit bientôt qu'ils se flétrissent.

Kaufmann. — Surdité après Salvarsan. — Fille de 22 ans avec appareil auditif normal reçoit fin mars une injection intra-musculaire de 0,50 Salvarsan. Bientôt paraissent surdité et vertiges. La surdité est totale à la fin juin. L'appareil vestibulaire à peine excitable.

Discussion.

Beck conseille de rechercher la présence d'arsenic dans les urines de la malade avant et après une série de piqures à la pilocarpine.

Si la surdité est réellement due au Salvarsan elle est probablement durable.

ALEXANDER. — Depuis l'emploi de l'injection intra-veineuse les surdités graves sont plus rares.

GOLDMANN connaît un cas qui, à la suite de deux injections intramusculaires de 0,3 Salvarsan est devenu complètement sourd des deux oreilles.

Politzer trouve étonnant qu'on voie tant de cas de surdité après Salvarsan seulement à Vienne.

KAUFMANN. — Abcès du lobe occipital droit. — Garçon de 10 ans fait une otite à droite vers Noël 1911. En janvier, céphalée. vertige et nystagmus horizontal. Le malade est reçu à l'hôpital où l'on constate une température de 38° avec fixité du regard. Quelques jours plus tard, épilepsie jacksonienne à gauche. Opération. On trouve un abcès extra-dural. Le malade va mieux pendant 15 jours. A cause de céphalée, vomissements, hyperleucocytose, nouvelle opération. Incision du lobe temporal et du cervelet sans résultat. A l'autopsie on trouve un abcès du lobe occipital.

RUTTIN. — Méningite syphilitique de la fosse cérébrale postérieure avec paralysie des nerfs cochléaire, vestibulaire, facial et trijumeau.

Heschel. — Rétablissement de la respiration nasale, après adénotomie, par dilatation du palais. — Quand la respiration nasale est abolie, la pression de la langue contre le palais et la sangle des masseters contre le maxillaire supérieur suffisent pour amener les déformations connues du palais. Il suffit d'une petite force donnée par une prothèse pour remédier à cette déformation.

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE.

Séance du 1er novembre 1911(1).

Président : G. KIAER. Secrétaire : WILLAUME FANTZEN,

Schimiegelow. — Deux cas de tumeur. — a) Homme de 44 ans se plaint de douleurs de tête dans la région temporale gauche

(4) Compte rendu par LAUTMANN, d'après le Bulletin officiel.

et de troubles visuels. A part une atrophie de la papille des deux côtés, pas d'autres symptômes. A la radiographie, on reconnaît une destruction de la selle turcique. On ouvre le sinus sphénoïdal parvoie externe, on enlève le toit du sinus et on arrive à la tumeur. Il s'agit d'un endothéliome. Le malade meurt de diphtérie.

b) Homme de 24 ans, se plaint de vertige, céphalée et de cécité depuis 5 mois. Atrophie des deux papilles. Dans le radiogramme, la région de la selle turcique paraît déformée. Le sinus sphénoïdal observé, on fait le diagnostic probable de kyste dans la région de la selle turcique. A l'autopsie, on constate qu'il s'est agi d'une hydro-céphalée simple.

Schmegelow.— Fistule syphilitique entre trachée et æsophage.— Femme de 31 ans, se plaint de dysphagie, quintes de toux en buvant, muqueuse de la trachée rouge et tuméfiée, par endroits ulcérée. Dans l'æsophage, rien de particulier. Un traitement antisyphilitique mixte amène la guérison des ulcérations, mais il persiste une fistule dans la partie profonde de la trachée par laquelle le contenu de l'æsophage entre dans le poumon. La malade meurt de bronchopneumonie.

Schmiegelow.—Sinusite ethmoïdale latente compliquée de méningite.— Jeune fille de 44 ans, présente depuis quelques jours des symptômes méningés. Rien de particulier à la rhinoscopie ni à l'otoscopie. A l'autopsie, on trouve du pus dans les cellules ethmoïdales droites.

Schmiegelow. — **Hémi-atrophie faciale** guérie par les injections: de paraffine.

SCHMIEGELOW. — **Présentations**: a) sténose' de la trachée traitée par un drain à demeure; b) guérison d'un cancer étendu du plancher buccal par incision large.

Mahler.— Bronchoscopie.— Chez deux enfants, l'un de 6, l'autre de 8 ans, on diagnostique une pneumonie à gauche et on suppose l'existence d'un corps étranger. Les deux enfants ont été narcotisés et soumis à la bronchoscopie.

On n'a pas trouvé de corps étranger. Les enfants ont guéri de leur pneumonie.

Séance du 6 décembre 1911.

Président : KIAEB.

Secrétaire : WILLAUME JANTZEN.

JORGEN MÖLLER. — Opération de Heath dans la mastoïdite aiguë avec formation d'exostoses dans le conduit. — Dans la même séance, on a ouvert l'attique et enlevé les exostoses.

Kiaer. — Sur les végétations adénoïdes.—K. a vu des crampes, l'incontinence d'urine disparaître après adénotomie. Prophylactiquement, il conseille d'enlever végétations adénoïdes et amygdales pour éviter les maladies infectieuses sur la scarlatine.

BLEGVAD. — **Présentation** d'un malade chez lequel on a fait, **1**5 jours après l'ouverture de la mastoïde, une suture; guérison après trois semaines.

Séance du 7 février 1912.

Président : Jorgen Möller.

Secrétaire : WILLAUME JANTZEN.

Tetens Hald. — Accident après paraffinoplastie. — Il s'est developpé, 4 ans et demi après injection de paraffine, une tuméfaction rouge bleuâtre de la grosseur d'une prune sur le dos du nez et qui, après incision, a laissé écouler un liquide contenant de nombreux cristaux de paraffine.

Schousboe. — Énorme abcès du cerveau d'origine auriculaire chez un bébé de 10 mois. — Cinq semaines après le début d'une otite, phénomènes cérébraux. Ouverture d'un abcès du lobe temporal. Mort quatre heures après.

Schousboe. — Affections oculaires compliquées de sinusite. — a) Garçon de 7 ans présente une tuméfaction douloureuse de l'orbite avec légère exophtalmie. Ouverture du sinus ethmoïdal par voie orbitale. b) Un jeune homme de 19 ans présente une diminution de l'acuité visuelle. Guérison après ouverture du sinus maxillaire et sinus ethmoïdal postérieur.

Tetens Hald. — **Méningite syphilitique**. — Homme de 41 ans présente un rétrécissement du champ visuel avec cacosmie subjective paraissant par intervalles. Traitement antisyphilitique amène la guérison.

Schousboe. - Corps étranger de l'æsophage.

JORGEN MÖLLER. — Sur les anomalies de la perception du son (voir les analyses)

Séance du 6 mars 1912.

Président : Jorgen Moller. Secrétaire : Willaume Jeantzen.

Schmiegelow. — Est-ce que la recherche du nystagmus gyratoire implique un danger pour un malade présentant des phénomènes cérébraux? — Une jeune femme de 24 ans est morte deux heures après avoir été soumise à la rotation sur la chaise rotatoire. A l'autopsie on a trouvé dans le corps strié gauche un sarcome couvert par un thrombus en voie d'organisation.

Schmiegelow. — Clou de tapissier retiré par bronchoscopie directe. — Garçon de 5 ans aspire un clou de tapissier long de 4 centimètre. Quatre jours plus tard, phénomènes pulmonaires. Le sixième jour, bronchoscopie supérieure sous chloroforme. Le corps étranger est remonté de 3 centimètres au-dessus de la bifurcation d'où il est retiré.

Schmiegelow. — Malformation congénitale de la trachée et de l'œsophage. — L'œsophage donne dans la trachée.

Mahler. - Trombose aseptique du sinus.

Mahler. — Hémorragie secondaire après abcès de l'amygdale.

STRANBERG. — Lupus de la langue. — Le début est difficile à reconnaître. Le traitement d'après Pfannenstill est efficace.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de laryngoscopie et de laryngologie opératoire et clinique, par Th. Heryng. Traduction française, par le Dr Ch. Siems. Paris (Masson et Cla, 1912. Un vol in-8 de 523 pages).

Un grand laryngologiste contemporain, Heryng de Varsovie, dont la notoriété s'appuie sur deux découvertes sensationnelles, l'éclairage par transparence du sinus maxillaire, et le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, nous offre la traduction française d'un livre qu'on ne saurait trop louer. C'est une œuvre depuis longtemps populaire à l'étranger, et qui trouvera un même bon accueil de la part des spécialistes français.

Ce livre est vécu: chaque page reflète la personnalité originale de son auteur. On n'y retrouvera pas l'inévitable ordonnance de nos manuels classiques, où les affections se succèdent en une série immuable et symétrique, tels les mois sur un calendrier. Les étudiants ne manqueraient pas d'y découvrir des lacunes Mais les cliniciens y reconnaîtront la marque d'un esprit critique, à qui une incomparable expérience a appris sur quels chapitres il faut insister, et surtout quels renseignements demande le spécialiste aux prises avec les ennuis de son métier. L'ouvrage fourmille de détails techniques précieux: à tout instant, Heryng nous montre quelles difficultés il a rencontrées, comment il les a surmontées: et nous ne pouvons mieux faire que de le lire et de l'imiter.

L'ouvrage débûte par un exposé minutieux des divers procédés d'exploration du larynx et de la trachée. Il se con tinue par une magistrale étude de la technique thérapeutique de cet organe rétif, au cours de laquelle se rencontrent des pages maîtresses sur l'« inhalation » dont Heryng a tant contribué à perfectionner l'instrumentation. A signaler plus loin, les monographies originales consacrées à chacun des paléo et néo-médicaments que la pharmacologie a introduits si nombreux dans notre pratique.

La troisième partie de l'ouvrage traite de la Laryngologie opératoire : ici triomphent, en des pages d'une précision impeccable,

la virtuosité et la compétence chirurgicales endo-laryngées de l'auteur.

Et, pour finir, un acte de médecine : les laryngopathies au cours de maladies générales et infectieuses.

On pourrait craindre que ce livre, essentiellement personnel, ne péchât par exclusivisme. Il n'en est rien. Peu d'ouvrages étrangers ont autant cité les travaux français. Son auteur a été assez souvent dépouillé par les Germains de ses priorités les plus chères, pour ne pas savoir le prix inestimable que vaut, à la cote de ce jour, l'impartialité scientifique.

Mais, s'il rend aux jeunes ce qui est dû aux jeunes, il ne passe pas l'éponge sur le passé de la laryngologie, comme si souvent on tend à le faire aujourd'hui. Et de ci, de là, sort de son livre un fumet délicat d'archaïsme, quand il nous ramène quelques instants vers les choses et les mœurs de la laryngologie du temps où professait Garcia.

M. Lermoyez

Recherches et expériences 1880-1910. Collection de travaux choisis (Forschungen und Erfahrungen, 4880-1910. Eine Sammlung ausgewählter Arbeiten), par Prof. Dr. Sir Félix Semon. — Berlin, 4912, August Hirschwald, édit. 2 vol. in-8.

Nos historiens discerneront trois périodes dans l'évolution de la laryngologie au xix^e siècle. La période des *précurseurs* en occupa la première moitié: Babington, Baumés essayèrent alors, sans succès, d'intéresser les médecins à l'examen de l'organe vocal. La période des *révélateurs* fut courte et glorieuse; en moins de cinq ans, Garcia, Turck, Czermak mirent la laryngologie au monde. La période des *propagateurs* vint ensuite, qui clòtura le siècle. Des cliniciens prirent la jeune spécialité en tutelle, l'élevèrent, la perfectionnèrent, et lui donnèrent une tenue digne de sa sœur alnée, l'otologie.

Parmi ces hommes brilla surtout Semon. Son robuste bon sens, sa perspicacité, sa parole entraînante, mis au service d'une ardente nature, d'une merveilleuse activité, d'une incroyable ubiquité, abattirent bien des obstacles dressés en travers du chemin de la laryngologie. Tour à tour on le vit défendre et accuser avec la même conviction, suivant qu'il prêchait en faveur de la thyrotomie, ou qu'il dénoncait les excès de la rhinothérapie destructive. Il était partout présent. A Copenhague, aux pieds de la statue de Meyer, il consacrait la rhinologie. A Londres, aux côtés de Garcia centenaire, il organisait l'apothéose du laryngoscope. Et dans maints

Congrès, il accourait au secours de l'indépendance de la laryngologie, menacée d'incorporation forcée dans la triple O.R.L.

Les hommes qui font l'histoire n'ont pas le temps de l'écrire. Semon ne pouvait s'attarder à la patiente et prudente confection d'un « Traité classique ». Entre deux luttes il jetait une communication sensationnelle sur l'innervation du larynx, il promulguait sa loi; il fixait avec Horsley la représentation cérébrale du larynx; mais ce n'étaient que notes éparses, des articles de tête, des « premiers Londres laryngologiques ».

Or, voici qu'après trente ans de luttes, Semon s'est pris d'admiration pour Cincinnatus, et a voulu l'imiter. Il se repose aujourd'hui dans la douceur recueillie d'un cottage anglais: et, spectateur curieux, il assiste aux joutes de nos équipes sur le terrain qu'il nous a préparé. N'allons cependant pas croire qu'il s'en désintéresse; Lucréce n'est pas son modèle: jamais il ne murmura l'égoïste Suave mari magno. Il pense toujours à nous: et, colligeant ses travaux préférés, il apporte à notre insatiable appétit de travail, la substance de deux volumes, constituant un Compendium de haut intérêt.

Un tel livre, essentiellement documentaire, ne peut pas être analysé. Signalons seulement que la plus grande partie du premier volume est consacrée aux études personnelles de l'auteur sur le récurrent et ses annexes; elle nous révèle toutes les pièces du procès fameux qui jadis mit Semon aux prises avec Rosenbach, et elles justifient absolument la paternité de la loi de Semon. Dans le second volume est étudiée la thyrotomie pour le cancer du larynx. La triste maladie de l'empereur Frédéric II engagea Semon dans cette voie, ou sa ténacité judicieuse a fait tant de bien.

On n'imagine pas combien il eut à lutter pour nous convaincre de l'utilité de cette chose si simple, qu'est la cure du cancer de la corde vocale par laryngofissure.

Mais rien n'est plus difficile à faire accepter que l'évidence : car, a dit Kant, l'erreur plaît aux masses.

Autour de ces œuvres maîtresses se groupent de nombreux travaux, dont aucun ne laisse notre attention indifférente.

Au reste, je suis mauvais juge de ce livre: ma critique en est partiale. L'oubli ne s'est pas fait en moi d'une heure difficile où Sir Félix Semon me tendit sa main, qu'il n'ouvrait pas à tout le monde et m'aida à faire ma route. Son geste fut spontané et inattendu.

J'en ai conservé un pieux souvenir. Aucune fausse honte ne m'oblige à le dissimuler. Et ceux-là me comprendront, qui, comme moi, sont nés à l'automne d'un siècle naîf où la gratitude osait s'affirmer.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. - LARYNX.

Laryngitis dolorosa, par Freudenthal (Annales of Otology, septembre 1910).

Par ce terme l'auteur désigne les laryngites s'accompagnant d'un processus ulcéreux de nature tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique ou diabétique et dans lesquelles la douleur est le symptôme le plus accusé. Cependant, Fr. traite dans son travail presque exclusivement de la laryngite tuberculeuse. Selon lui on doit poursuivre trois buts: 1° arrêter la toux; 2° faire disparaître la dysphagie et 3° chercher à obtenir une guérison par des applications locales.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas à la période d'infiltration, le mieux est de ne recourir à aucun traitement, et on se bornera à prescrire le repos laryngé complet. Quand apparaissent des ulcérations et partant des douleurs, le traitement devient plus difficile. Pendant quinze ans l'auteur employait l'acide lactique, mais depuis quelque temps il l'a complètement délaissé. Parmi les nouveaux produits récemment introduits, il signale l'omoral (Heyden). C'est un albuminate d'argent ayant une action pénétrante spéciale; il est insoluble dans l'eau et s'emploie sous forme de poudre. Dans quelques cas d'ulcérations laryngées, cette préparation a donné à Fr. des résultats tout à fait satisfaisants. En ce qui concerne l'application du galvanocautère, l'auteur recommande de ne l'employer que dans des cas choisis et avec les plus grandes précautions, en raison de l'œdème du larynx qu'il peut provoquer.

Une tâche bien plus importante est la suppression de l'hyperalgésie du larynx pour permettre au malade de s'alimenter. Parmi les nouvelles préparations qui produisent une analgésie prolongée, il indique l'orthoforme, l'anesthésine et la propoésine. L'orthoforme, malgré son pouvoir analgésiant, a l'inconvénient de provoquer des dermatites; l'anesthésine, qui est un produit précieux, est toxique, ainsi que l'auteur a pu s'en rendre compte dans un de ses cas. C'est pourquoi de toutes ces nouvelles préparations, il donne la préférence à la propoésine en raison de son innocuité. Struemer et Lueder, de Hambourg, ont les premiers expérimenté ce produit et les résultats de leurs recherches furent publiés dans le Deut, medie. Wochenschrift no 55, 1908. Ils trouvèrent que la propoésine n'était pas toxique (2 grammes ont été pris par la bouche sans aucun résultat nocif) et déterminait une analgésie beaucoup plus prononcée que les deux autres produits. Appliquée sous forme de poudre sur la conjonctive d'un cobaye, la propoésine provoque une anesthésie de la cornée qui dure quatre-vingt-quatre minutes. tandis qu'avec l'orthoforme et l'anesthésine l'insensibilité n'est que de huit et de vingt et une minutes. La propoésine est un éther propylique de l'acide paramido-benzoïque; c'est une poudre blanche. cristalline, inodore et insipide. Elle est soluble dans l'alcool et l'éther, insoluble dans l'eau. L'auteur l'emploie soit sous forme de poudre, soit en émulsion. Voici la formule de cette dernière.

Propoésine	5,0
Formaldéhyde	1,0
Menthol	0,5
Huile d'amandes douces	15,0
Gomme	0,5
	50.0

D'après Freudenthal la propoésine est la meilleure préparation de toutes celles qui existent actuellement pour obtenir une anesthésie du larynx. Dans les cas où il est impossible d'agir directement sur les ulcérations laryngées, il pratique des injections d'alcool à 85° et à la température de 45° dans le nerf laryngé supérieur. L'anesthésie ainsi obtenue permet au malade de prendre des aliments solides et liquides pendant cinq à dix jours. Les injections sont très douloureuses. L'auteur relate 3 cas de tuberculose laryngée, où il a pratiqué une laryngotomie dans un but de traitement radical. Il conclut que ce procédé peut donner de bons résultats à condition de ne pas être appliqué dans des cas absolument désespérés.

TRIVAS.

Les tumeurs du larynx. Considérations chirurgicales, par J. F. Erdmann (*Laryngoscope*, janvier 4914).

Il ne sera question dans cet article que du cancer du larynx, certainement maladie la plus terrible que le laryngologiste puisse rencontrer: « Nous tous savons, dit l'auteur, combien îl est difficile de dire à un malade qu'il perdra non seulement la voix, mais tout à fait le moyen de parler une demi-heure après avoir été anesthésié et qu'il se rangera dorénavant parmi les muets.» Nous avons tenu à rapporter cette opinion de l'auteur sur le larynx artificiel. Beaucoup de laryngologistes ne partageant pas ce pessimisme, mais il est certain qu'il vaut mieux, si l'on peut, faire la thyrotomie qui laisse au malade une plus ou moins grande facilité de parler. Malheureusement les indications de ces opérations dans le cancer sont très limitées.

LAUTMANN.

Sur le cancer du larynx par N. Wolkowitsch (Monatsch. f. Ohrenh., nº 2, 1911).

C'est un triste chapitre que celui du traitement opératoire du cancer du larynx. On a si souvent comparé le cancer du larvnx à celui de l'utérus que nous pouvons en passant constater que le pronostic opératoire est devenu, grâce aux perfectionnements de la technique, bien meilleur pour le cancer de l'utérus que pour le cancer du larynx. Une statistique telle que l'offre Wolkowitsch se classe encore parmi les plus favorables et qu'on en juge. Sur vingt opérés, cinq opérés sonts morts des suites de l'opération, un sixième est mort de tachycardie (?) cinq jours après l'opération. Un malade est mort un mois et demi après l'opération des suites d'une thrombose des vaisseaux des extrémités inférieures. A l'autopsie on a trouvé une métastase dans le poumon, de sorte qu'on peut se demander si pour ce cas il existait bien une indication opératoire. Trois autres malades sont morts, de la troisième à la huitième semaine, de médiastinite. Deux malades sont morts de un à deux mois et demi, après l'opération, de tuberculose grave des poumons et de l'intestin, et la même question sur l'utilité de l'opération pouvait se poser à propos de ces malades également. Un malade est mort trois semaines après l'opération, probablement des suites d'une perforation d'un anévrisme. Chez quatre malades les récidives ont apparu respectivement au bout de un mois, six mois, dix-neuf mois et vingtsix mois. Sur tous les opérés, cinq peuvent être considérés comme guéris depuis respectivement trois ans, quatre ans et sept mois, cinq ans, huit et quatorze ans. Un malade a été assassiné par des brigands huit mois après l'opération. Ainsi, la statistique pour le nombre relativement grand d'un seul opérateur donne 25 p. 100 de guérisons contrôlées depuis trois ans.

On a lu que parmi les malades opérés de cancer du larynx, se

trouvent des tuberculeux. Wolkowitsch insiste sur ce que non seulement il n'existe pas d'antinomie entre la tuberculose et le cancer, mais il lui est arrivé de constater pour ainsi dire le développement du cancer dans une plaie tuberculeuse du larynx.

Rappelons qu'on a depuis longtemps signalé la transformation de cicatrice lupique en cancer. L'auteur nous décrit très longuement le technique qu'il a l'habitude de suivre pour la laryngectomie. Il commence à se servir de l'anesthésie locale; mais il trouve que l'anesthésie n'est complète qu'au début de l'opération. Du reste, dans l'anesthésie générale il est aussi difficile de maintenir l'anesthésie profonde pendant toute la durée de l'opération. L'extirpation des ganglions n'est pas un acte absolument nécessaire pour l'opération, et sur les cinq cas guéris radicalement par lui, se trouvent quatre cas où la recherche des ganglions infiltrés n'a pas été faite.

Wolkowitsch nourrit ses malades par une sonde à demeure. Il semble ne pas connaître l'habitude de quelques chirurgiens italiens de supprimer toute nourriture par la bouche ou par la sonde et de s'en tenir uniquement à l'alimentation par voie rectale. De même il n'est pas fait mention de la proktolyse.

LAUTMANN.

Les cautérisations par l'acide trichloracétique dans la laryngite tuberculeuse, par Syrschow (Zeitsch. f. Laryng., t. III, nº 3).

Le règne de l'acide lactique est fini, il ne guérit plus la laryngite tuberculeuse. A sa place, Okuneff voudrait mettre l'acide trichloracétique. Cette recommandation était certainement suffisante pour qu'on fasse un emploi plus large de ce caustique dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. Il nous semble que Sytschow soit le premier, et peut-être le seul, qui ait suivi la recommandation de Okuneff et. comme il dit, avec le meilleur résultat. Okuneff badigeonne le larynx fortement avec de la cocaïne à 10 p. 100 avant d'appliquer le tampon trempé dans de l'acide trichloracétique fondu sur l'ulcération tuberculeuse. Sytschow applique quelques cristaux de cet acide sec (Merk-Darmstadt) sur l'ulcération tuberculeuse ou sur l'infiltration. Il croit obtenir ainsi une action plus énergique. It n'a jamais observé une réaction fâcheuse: œdème, spasme, malgré qu'il ait parfois cautérisé ainsi la moitié du larynx. Sous l'action de l'acide trichloracétique, il se forme, sur les ulcérations, une escarre qui permet à l'ulcération de se nettoyer et de guérir. Sytschow a cautérisé avec l'acide trichloracétique, non seulement des ulcérations mais exceptionnellement aussi des infiltrations avec bons résultats. Les résultats obtenus par lui sur 25 cas lui permettent de dire que l'acide trichloracétique est, de tous les moyens recommandés, le seul qui ait une action énergique sur les ulcérations tuberculeuses, sans provoquer une réaction consécutive. Il peut être considéré comme le meilleur traitement local de la laryngite tuberculeuse.

LAUTMANN.

Traitement chirurgical et fonctionnel du nodule vocal, surtout au point de vue des troubles de la voix, par Flatau (Zeitsch. f. Laryng., III, n° 4).

Le mérite d'avoir dans plusieurs publications conseillé aux laryngologistes la prudence opératoire revient à Fatau. Il se trompe seulement s'il croît avoir convaincu tous les laryngologistes. Non seulement il ne faut pas opérer tous les nodules, mais il en existe même qu'on ne saurait toucher sans commettre une véritable faute. Tels sont les nodules tout petits, à peine perceptibles, qu'on rencontre assez fréquemment chez des soprani aigus et qui ne constituent rien d'autre qu'une adaptation de la corde au registre élevé dans lequel elle doit fonctionner. Aularyngoscope ces nodules se voient moins bien qu'à l'autoscopie.

En supposant une congestion passagère du larynx ou une vraie laryngite chez un chanteur porteur d'un petit nodule d'adaptation, il n'est pas invraisemblable qu'un laryngologiste non prévenu confonde la cause avec l'effet et voie dans l'extirpation de ce nodule l'objet d'un traitement rationnel. Une perte très notable de la voix, parfois même irrémédiable, serait la suite d'une pareille erreur. Flatau a indiqué un procédé électro-mécanique (Die Stimme, t. V, n° 1) qui permet de se rendre compte que le nodule n'est pas la cause du trouble fonctionnel.

A côté de ces nodules, qui constituent des noli me tangere, existent des nodules, des petites tumeurs, des kystes, des polypes qui évidemment doivent être opérés. Refuser l'opération dans ces cas c'est ne pas guérir le malade. Il ne faut pas croire que la voix revienne toujours après ces opérations, même si la corde opérée présente un bord absolument lisse L'endoscopie montre dans ces cas que le trouble fonctionnel provient de l'autre corde qui a gardé l'empreinte de la tumeur. Le traitement est purement fonctionnel et le résultat est généralement bon.

Quand le nodule vocal n'est pas nettement pédiculé, mais qu'au contraire il est largement implanté sur la corde, l'emploi de tous annales des maladies de l'oreille et du larynx, T. XXXVIII, N° 41, 4912 40

les instruments coupants constitue un danger pour l'intégrité de la corde vocale. Flatau conseille de cautériser ces tumeurs avec l'acide chromique et il recommande à cet effet son porte-caustique laryngé.

LAUTMANN.

Plaque dentaire implantée depuis vingt et un mois dans le larynx. Extraction par les voies naturelles, par T. Bobone (Bolletino delle malattie dell'orecchio, mars 1911, nº 3, année XXIX).

Une jeune fille de vingt ans souffrait depuis environ deux ans de douleur à la déglutition avec des alternatives de calme et d'exaspération et éprouvait une certaine difficulté à ingérer des aliments solides, tels que le pain, la viande, etc. La voix, quoique faible, est claire, la respiration est calme et ne laisse entendre aucun bruit ni dans la phase inspiratoire, ni dans la phase expiratoire.

A l'examen, l'auteur aperçut un volumineux corps étranger qui était une pièce dentaire occupant les deux tiers postérieurs gauches du vestibule laryngé et environ la moitié postérieure droite du même vestibule, dominant les cordes vocales.

Vingt et un mois auparavant, la malade s'étant endormie, se réveilla en proie à une forte dyspnée et à de la cyanose. Le matin suivant, elle s'aperçut qu'elle n'avait plus dans une bouche une plaque dentaire portant la deuxième incisive supérieure de gauche, munie de deux crochets qui la tenaient fixée aux autres dents. Quelques jours après, on essaya, mais en vain, d'extraire le corps étranger qu'on avait aperçu à l'examen sans l'identifier. Les douleurs diminuèrent petit à petit et il ne resta plus qu'un peu de dysphagie pour les solides. La pièce fut enlevée par les voies naturelles après un séjour de vingt-trois mois.

M. BOULAY

L'endoscopie des bronches et de l'esophage, par Chevalier Jackson (Laryngoscope, nº 4, 4944).

Cet article occupant à peine deux pages est un réquisitoire contre ceux qui s'attaquent par voie endoscopique à des corps étrangers sans avoir des talents de mécanicien. L'extraction d'un corps étranger par voie endoscopique est un problème de pure mécanique. Un mauvais mécanicien ne retirera pas les corps étranger et sera préjudiciable au malade; Chevalier Jackson a été le triste témoin d'une séance endoscopique où un des plus habiles laryngologistes des États-Unis a essayé l'extraction d'un corps étranger des bronches en partant de cette base que, si le le corps étranger reste en place, le malade meurt. En conséquence toute violence pendant l'extraction devait être permise. La base était juste, mais la conséquence erronée.

LAUTMANN.

Quelques mécomptes dans 75 cas de trachéo-bronchoscopie et osophagoscopie, par S. H. Large (Laryngoscope, nº 1, 4910).

Quand sur 75 cas d'endoscopie on a eu si peu d'accidents que Large, on est certainement en droit de parler de ses mécomptes. Il est seulement regrettable que des auteurs moins heureux que lui ne publient pas leurs accidents. On verrait alors combien Large a raison quand il dit qu'il n'existe pas d'opération chirurgicale pour lequelle on a besoin de tant d'assistants bien stylés que pour l'extraction d'un corps étranger des bronches ou de l'œsophage. Large trouve que quatre assistants ne sont pas de trop et même un cinquième trouve son utilité. Beaucoup d'auteurs vantent la simplicité de ces opérations. S'il en existe des cassimples, Large dit qu'il préfère plutôt faire une laryngectomie ou une extirpation totale du labyrinthe que l'extraction de quelques corps étrangers qu'il a eu occasion de faire. Il conseille aux débutants de se familiariser avec la technique et les instruments de Chevalier Jackson. Dans quelques cas rapportés par lui, nous voulons citer seulement le suivant concernant l'æsophagoscopie. Il s'agissait d'un adulte qui se plaignait de ne pas pouvoir avaler des solides. En supposant une tumeur, Large fait une œsophagoscopie pour pratiquer une biopsie. Au-dessous du cricoïde, il voit une tumeur qui lui paraissait ulcérée. Il enlève une petite partie de cette tumeur et l'examen microscopique lui montre qu'il s'agissait de tissu pulmonaire. L'homme est mort 24 heures après. Chevalier Jackson, informé de ce cas, suppose qu'il existait une fistule par laquelle le tissu pulmonaire était entré dans l'œsophage. Un accident qui est arrivé à Large pendant une bronchoscopie sous anesthésie cocaïnique mérite d'être mentionné. Des gouttelettes de sécrétion ont sauté dans l'œil de Large. Immédiatement après. son sphincter pupillaire était paralysé et l'accommodation impossible. Pour continuer la séance, il a dû se bander l'œil et terminer par la vision monoculaire. Faut-il porter des lunettes pour éviter un pareil accident?

LAUTMANN.

Corps étrangers extraits par la bronchoscopie, par Erbrich (Gazeta Lekarska, nº 45, 4914).

Un homme de 40 ans aspira un petit os de poulet. Six semaines après, des phénomènes de gangrène pulmonaire s'étant déclarés, l'auteur a extrait le corps étranger à l'aide de la bronchoscopie directe. Le corps étranger siégeait dans la partie supérieure de la bronche secondaire.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une femme de 40 ans qui pendant l'extraction d'une dent sous chloroforme, sentit un morceau de la dent tomber dans les voies respiratoires. Comme la malade était venue consulter l'auteur pour un foyer de gangrène pulmonaire qui datait de deux ans, Erbrich en se basant sur les antécédents supposa que la lésion pulmonaire pouvait être due à la présence d'un corps étranger. Malgré le résultat négatif de l'examen radioscopique, l'auteur pratiqua la bronchoscopie directe et trouva une masse granuleuse dans la bronche secondaire droite. Après des tentatives réitérées ayant duré trois heures, il réussit à extraire le corps étranger qui était un morceau de dent.

Le troisième cas concernait un garçon de 43 ans qui avait aspiré, un mois auparavant, un pépin de citrouille. Le corps étranger a été trouvé dans la partie inférieure de la bronche principale gauche. Dans ce cas, c'est la bronchoscopie inférieure qui a été employée. Un mois après s'est déclaré un pyopneumothorax auquel le malade succomba.

TRIVAS

NÉCROLOGIE

EDWARD WOAKES

Le Dr Edward Workes est mort le 30 septembre à Fsrcham (Angleterre). Il était âgé de 75 ans.

Il s'établit à Londres vers 1876. Attaché d'abord au Golden Square Hospital, il fut nommé en 1904 otologiste consultant du London Hospital. En même temps, il devint fondateur du London Throat Hospital où il pratiqua l'otologie jusqu'a sa mort.

La réputaton de Woakes se fit il y a 25 ans par la controverse passionnée que souleva son thème de l'Ethmoïdite nécrosante. Des discussions acharnées se livrèrent autour d'elle. Elle succomba sous les

coups de son triomphant adversaire Hajek, qui qualifia la conception de Woakes d'« erreur terriblement logique ».

Il n'en reste pas moins à Woakes l'immense mérite d'avoir ouvert aux rhinologistes les portes de l'ethmoïde; une fois encore, d'une hypothèse fausse sortit la vérité, grâce à son labeur obstiné et à l'ardeur de sa polémique. « L'édifice que Woakes avait édifié est miné; mais les pierres qu'il y avait assemblées nous ont servi à bâtir un monument durable. »

M. L.

NOUVELLES

NOMINATION

Le professeur Roméo Mongamprivat-docent d'O. R. L. à l'Université de Bologne vient de mourir.

Le Dr Wilhelm Baunnes, privat-docent d'O. R. L. à Iéna, vient de recevoir le titre de professeur extraordinaire.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

XVIIº Congrès international de médecine (Londres, 1913).

COMITÉ DU MUSÉE

Règlements.

1. Les exposants donneront les détails complets des pièces qu'ils désirent envoyer au Musée sur le formulaire imprimé. Ces formulaires devront être entre les mains du Comité d'ici le 1^{cr} mars 1913. Les formulaires reçus après le 1^{cr} mars ne seront pas acceptés sauf raisons particulières.

2. Les pièces devront être entre les mains du Comité, soigneusement emballées, adressées au Imperial College of Science and Technology, South Kensington, Londres, à partir du 25 juillet et avant le 2 août, afin que le Musée soit prêt pour le 4 août 1913.

3. Le Comité se réserve le droit absolu d'accepter ou de refuser les pièces.

4. Le Comité se réserve aussi le droit de classifier et d'arranger les pièces du Musée à sa manière.

5. Le Comité sera responsable de l'exposition convenable des pièces qui lui seront envoyées et de leur emballage pour le retour. Toutes les pièces seront assurées et toute réclamation pour dommages et intérêts devra être faite dans les trois mois qui suivront la clôture du Musée.

6. Aucune pièce et aucun objet de nature commerciale ne sera admis

7. Tout exposant faisant un rapport dans sa section pourra s'arranger avec le Comité afin de faire usage de ses pièces justificatives pour cette séance.

8. Les exposants pourront faire usage de leurs pièces pour en faire l'explication dans le Musée même.

 Aucune pièce ne pourra être retirée du Musée sans le consentement du Comité.

Détails pour l'expédition des pièces.

 Toute pièce devra être très soigneusement emballée dans une caisse solide. Le couvercle portera le nom et l'adresse de l'expéditeur soit peints ou à l'encre.

Une liste détaillée du contenu de la caisse devra être fixée à l'in-

térieur du couvercle.

2. La caisse elle-même devra être adressée au moyen d'une étiquette clouée au couvercle et lisible de la façon suivante :

(XVIIth international congress of medecine (London, 1913).

H. W. ARMIT,

Hon. Secretary,
Pathological Museum,
Imperial College of Science,
South Kensington.
London, S. W.

3. Dans le cas de dessins, etc., et de tout objet non fragile, ils devront être bien enveloppés dans du papier ou un cartonnage ad hoc, comme il a été indiqué au paragraphe I.

Dans tous les cas, le nom et l'adresse de l'expéditeur devront être inscrits sur tout envoi.

 Pour l'expédition de pièces anatomiques conservées dans un liquide quelconque, l'emploi de la méthode suivante est recommandé : a. Enlever le couvercle ;

 b. Vider le contenu liquide, et l'envoyer dans une bouteille à part bien fermée.

Envelopper la pièce dans la charpie bien imbibée du liquide préservatif et replacer dans le bocal original.

Remettre le couvercle et le maintenir en place par des bandes élastiques.

Envelopper chaque bocal dans du papier et protéger le tout avec de l'étoupe.

5. Chaque pièce devra porter une étiquette distinctive afin de pouvoir être facilement reconnue.

Formulaire à remplir par l'exposant.

- A. Nombre de pièces.
- B. Nature de la pièce.
 - (1) Pièces anatomo-pathologiques sous verre; Déclarez, s'il vous plait, le nombre des pièces et leur grandeur approximative.

575

NOUVELLES.

(2) Préparations microscopiques.
Nombre.
Objectif à immersion
Objectif moyen
Objectif à faible grossissement
Ultra-microscope
(3) Appareils.
Déclarez, s'il vous plaît, le nombre et la grandeur approxima- tive (table ou surface de base).
(4) Tableaux, etc.
Déclarez, s'il vous platt, le nombre et la grandeur approxima- tive.
(5) Stéréo-photographies. Nombre
(6) Photographies, dessins, etc.
Déclarez, s'il vous plait, le nombre et la grandeur approxima- tive.
(7) Projections; Nombre
(8) Autres objets que ceux nommés ci-dessus,
C. Valeur des pièces, pour assurance :
(1) Pièces anatomo-pathologiques Frs
(2) Préparations microscopiques
(3) Appareils
(4) Tableaux muraux, et diagrammes
(5) Dessins, aquarelles, etc
(6) Projections
(7) Objets divers ne rentrant pas dans les catégories ci-dessus.
J'accepte toutes les conditions des règlements officiels.
Date 191.
Signature
Titres
Adresse

Nouvelles Diverses.

On annonce la mort du D' Peter Keimer, privat-docent d'O. R. L. à l'Académie de Médecine pratique de Dusseldorf.

Le professeur A. Denker, directeur de la clinique universitaire d'O. R. L. à Halle sur Saale, est choisi comme président du X. Congrès international d'otologie qui se tiendra en 1915 à Halle.

Notre distingué collaborateur, le Dr Roy (de Montréal), chargé de mission par le Gouvernement Canadien, sur les côtes orientales et occidentales de l'Afrique tropicale, a bien voulu réserver pour les lecteurs des Annales la primeur de ses intéressantes constatations, touchant les caractères anthropologiques des fosses nasales, les manifestations pathologiques, la fréquence de l'ozène; ses études porteraient sur un matériel important: l'examen de 4000 à 5000 sujets de race nègre.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

A. DENKER et W. BRÜNINGS, Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege. Iena, Fischer, éditeur, 1912.

Passow: Traumelfellbilder: Ein Atlas für den praktichen Gebrauch. Iena. Fischer, 1912.

STERCKMANNS: Contribution à l'étude des complications de l'otite moyenne purulente chronique. Extrait de *Presse oto-laryngologique Belge*. Hayez, éditeur. Bruxelles, 1912.

SAINT-CLAIR THOMPSON: Intrinsic cancer of the larynx Extrait de The Brit. medical Journal. February, 1912.

EDWARD BRADFORD DENCH. The differential Diagnosis betwen Brain Abeeess and Sinus Thrombosis, and the Treatment of These Conditions. Extrait de *The therapeutique Gazette* Swift, éditeur, Détroit, Mich. 1912.

Früschels: Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie). Franz Deuticke, éditeur, Leipzig et Wien, 1912.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'Anesthésie; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau:

ECIÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, ILL.

SABATIER, 24. Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

